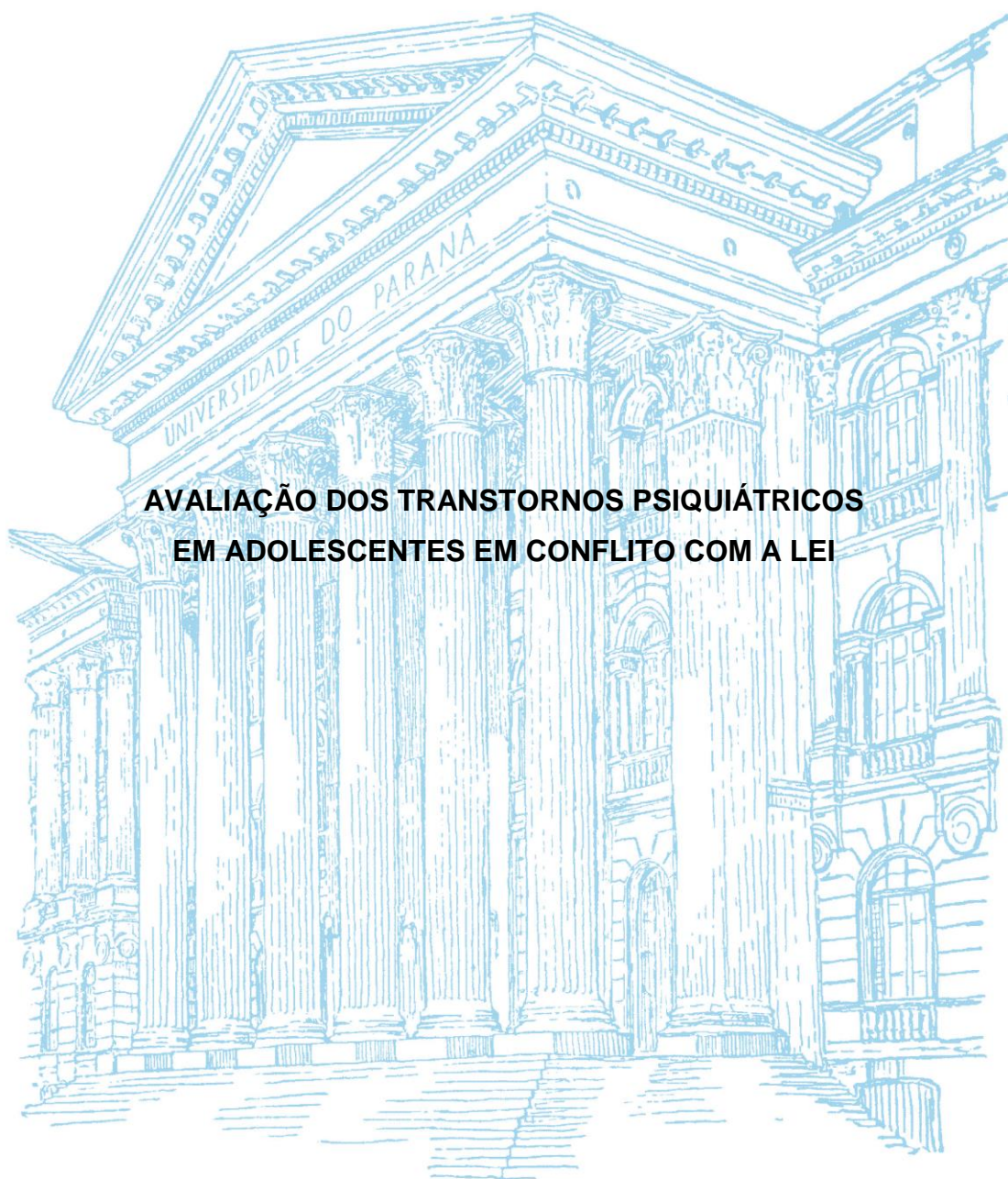


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA



**AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS
EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**

CURITIBA

2011

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA

**AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS
EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, com área de concentração em Neuropediatria.

**Orientador: Prof. Dr. Sérgio Antonio Antoniuk
Co-orientador: Prof. Dr. Francisco B.
Assumpção Jr.**

CURITIBA

2011

lei /

Dória, Gustavo Manoel Schier
Avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a

Gustavo Manoel Schier Dória. -- Curitiba, 2011.
265 f.; il.; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Antonio Antoniuk
Coorientador: Prof. Dr. Francisco B. Assumpção Jr.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Defesa da Criança e do Adolescente. 2. Medição de Risco. 3. Fatores de Risco.
4. Transtornos Mentais. I. Antoniuk, Sérgio Antonio. II. Título.

NLM WS 463

*Dedico este trabalho a todos os
meninos e suas famílias que
participaram desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Juíza da Vara da Infância e Adolescência, Dr.^a Maria Roseli Guiegnann, pelo seu comprometimento, pela sua lucidez e sensibilidade, de querer e oportunizar a integração de todas as áreas, em busca do conhecimento, em prol do adolescente em conflito com a lei.

Agradeço a todos os integrantes do Programa de Pós-Graduação da Criança e do Adolescente, pela receptividade, pelo crédito e incentivo.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Sérgio Antonio Antoniuk, pela confiança, pelo estímulo e pela amizade.

Agradeço ao meu grande amigo, Dr. Francisco Baptista Assumpção Jr., pela sua generosidade e também pelo seu incentivo contínuo em minha trajetória na psiquiatria da infância e adolescência.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Mônica Nunes Lima, pelo seu acolhimento e o excelente trabalho estatístico.

Agradeço à minha esposa Lilian M. Fleury T. Dória, pela sua paciência, por suas revisões no português e pelo seu amor.

Agradeço ao amigo, Maurício Nasser Elhke, pelo seu comprometimento e pela ajuda a esse trabalho, nas aplicações do K-SADS.

Agradeço aos estudantes que participaram do trabalho, na parte das anamneses: Ana Carolina Mainetti, Karla Penteado, Máira T. Dória, Vinícius Motter, desejando-lhes muito sucesso em seus futuros.

Agradeço a todos os técnicos, educadores e funcionários da vara dos adolescentes infratores de Curitiba, que colaboram para que este trabalho ocorresse.

Agradeço ao psicólogo Vinício Oscar Kirchener, pela sua contínua colaboração durante a pesquisa, dando todo o suporte para que ela ocorresse dentro da vara de adolescentes infratores.

RESUMO

Observa-se um crescente número de jovens envolvidos com problemas com a lei no Brasil e também em países com níveis socioeconômicos mais estáveis e com menor desigualdade social. O problema dos transtornos psiquiátricos nessa população é uma realidade, já confirmada nos poucos estudos realizados e, portanto, estudos com essa população são necessários para se conhecer a melhor forma de se utilizar os escassos recursos disponíveis para a saúde mental. Este estudo teve como objetivo pesquisar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população de adolescentes em conflito com a lei. Para estabelecer o diagnóstico, utilizou-se a Entrevista Diagnóstica Kiddie-Sads referente ao momento presente e ao histórico de vida (K-SADS-PL), a Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, com 69 adolescentes do sexo masculino, brancos, afrodescendentes, pardos e amarelos, com idades de 12 a 16 anos e 11 meses. Foram selecionados adolescentes que estavam cumprindo medida socioeducativa, em regime de internamento, de 45 dias na Vara de Adolescentes Infratores, na cidade de Curitiba, PR. O perfil do adolescente da pesquisa foi de uma idade média de 15,5 anos, pertencente às classes sociais menos favorecidas (87,0%). Os adolescentes viviam em bairros da periferia de Curitiba ou municípios da região metropolitana, locais reconhecidos pelos altos índices de violência. A baixa escolaridade foi a regra: 82,5% não haviam terminado o ensino médio, sendo que 43,4% não terminaram a 5ª série e 73,9% não estavam frequentando a escola. Os adolescentes são filhos de mães solteiras e pais separados em sua maioria, com pais com baixa escolaridade e com transtornos psiquiátricos. Também tinham parentes de primeiro grau envolvidos com problemas com a lei em uma incidência significativa. Com o instrumento K-SADS-PL objetivou-se estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos, nos últimos seis meses (ao momento presente). Estudos populacionais de transtornos psiquiátricos na população de crianças e adolescentes tendem a apontar uma incidência entre 12 e 20%. Os resultados obtidos na população dos adolescentes em conflito com a lei foram de uma substancial prevalência de transtornos psiquiátricos (81,1%). O transtorno mais prevalente foi o Transtorno de Conduta (59,4%), seguido do Abuso de Substâncias (53,6%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (43,5%), Transtorno de Ansiedade (24,6%), Transtorno de Humor (15,9%), Enurese Noturna (2,9%) e Transtorno de Tourette (1,4%). Também se verificou que esses jovens apresentavam comorbidades psiquiátricas, 17,4% com dois transtornos psiquiátricos, 26,1% com três transtornos, 14,5% com quatro e 1,4% com cinco transtornos. Estes resultados sugerem uma substancial morbidade psiquiátrica entre os jovens detidos. Sem cuidados adequados na área da saúde mental, uma grande parte desses jovens se tornará uma população adulta problemática, gerando sérios prejuízos individuais, familiares e sociais.

Palavras-chave: Adolescente em Conflito com a Lei; Avaliação de Riscos; Transtornos Psiquiátricos; Fatores de Risco.

ABSTRACT

We observe a growing number of young people involved in trouble with the law both in Brazil and in countries with more stable socioeconomic levels and less social inequality. The problem of psychiatric disorders among this population is a reality, already confirmed by the few studies realized and, therefore, we are in need of studies of this population to get to know how to employ the meager resources available for mental health care in the most effective ways. This study tried to analyze the prevalence of psychiatric disorders in the population of adolescents in conflict with the law. To establish the diagnosis, the Kiddie-Sads Diagnostic Interview referent to the Present and the Lifetime (K-SADS-PL) was employed, as well as the Brazilian version for the *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* for kids from 6 to 18 years old, in interviews with 69 male teenagers, both white, African-Brazilian, mulatto and Oriental-Brazilian, with ages ranging from 12 to 16 years and 11 months. We randomly selected teenagers who were on socio-educational reclusion, for 45 days each, in the Teenage Misdemeanors Court, in the city of Curitiba, Paraná. The profile of the researched adolescents revealed an average age of 15.5 years and that they belonged to the less favored strata of the society (87%). The teenagers lived in the outskirts of the city or in small towns in the metropolitan region, places known for their high violence rates. Few years of school were the rule, with 82.5% not having finished high school, of which 43.4% had not a full 5th grade and 73.9% not being at school at all. The teenagers in their majority are the sons of single mothers and separated parents, with parents with low schooling and a history of psychiatric disorders. They also had a significant number of first degree relatives involved in problems with the law. With the K-SADS-PL tool we tried to evaluate the prevalence of psychiatric disorders in the last six months (to the present moment). Demographic studies of psychiatric disorders in the population of children and adolescents point to something between 12 and 20%. The results obtained in the population of adolescents in conflict with the law revealed a meaningful prevalence of psychiatric disorders (81.1%). The most prevalent disorder was Conduct Disorder (59.43%), followed by Substance Abuse (53.6%), Attention Deficit Disorder/Hyperactivity (43.5%), Anxiety Disorder (24.6%), Mood Disorder (15.9%), nocturnal enuresis (2.9%) and Tourette's Disorder (1.4%). We found also that these kids showed psychiatric comorbidities: 17.4% with two psychiatric disorders, 26.1% with three, 14.5% with four and 1.4% with five disorders. These results suggest a meaningful psychiatric morbidity among the young detained. With no adequate mental health care, most of these kids will become a problematic adult population, with grave damages to the individuals, the families, and the society.

Keyword: Adolescent in Conflict with the Law; Risk Assessment; Psychiatric Disorders; Risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 -	NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI..	97
GRÁFICO 2 -	SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	98
GRÁFICO 3 -	COM QUEM RESIDIAM OS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	98
GRÁFICO 4 -	CLASSE SOCIAL DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	99
GRÁFICO 5 -	TIPOS DE DELITOS COMETIDOS PELOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	100
GRÁFICO 6 -	FREQUÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	103
GRÁFICO 7 -	FREQUÊNCIA DAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	103
GRÁFICO 8 -	FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	104
GRÁFICO 9 -	FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE CONDUTA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	104
GRÁFICO 10 -	GRAVIDADE DO TRANSTORNO DE CONDUTA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	105
GRÁFICO 11 -	FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	105
GRÁFICO 12 -	FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE HUMOR NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	106
GRÁFICO 13 -	FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	106
GRÁFICO 14 -	GRAVIDADE DO ABUSO DE SUBSTÂNCIA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	107

GRÁFICO 15 - SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS PELOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	107
GRÁFICO 16 - CLASSE SOCIAL DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	109
GRÁFICO 17 - ESCOLARIDADE DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	110
GRÁFICO 18 - REINCIDÊNCIA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	111
GRÁFICO 19 - TRABALHO DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	112
GRÁFICO 20 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	112
GRÁFICO 21 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	113
GRÁFICO 22 - TRANSTORNO DE CONDUTA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	113
GRÁFICO 23 - TIPO DE TRANSTORNO DE CONDUTA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	114
GRÁFICO 24 - GRAVIDADE DO TRANSTORNO DE CONDUTA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	114
GRÁFICO 25 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E REINCIDÊNCIA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	115

GRÁFICO 26 - REINCIDÊNCIA E TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	115
GRÁFICO 27 - REINCIDÊNCIA E TRANSTORNO DE CONDUTA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	116
GRÁFICO 28 - TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	116
GRÁFICO 29 - TIPO DE TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	117
GRÁFICO 30 - TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	117
GRÁFICO 31 - TRANSTORNO DE HUMOR DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	118
GRÁFICO 32 - TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	118
GRÁFICO 33 - TRANSTORNO DE ABUSO DE ÁLCOOL DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	119
GRÁFICO 34 - TRANSTORNO DE ABUSO DE MACONHA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	119
GRÁFICO 35 - PRESENÇA DE TRANSTORNOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	120
GRÁFICO 36 - NÚMERO DE COMORBIDADES DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	120

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI.....	96
TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	101
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DOS DELITOS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	102
TABELA 4 - TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	108
TABELA 5 - ASSOCIAÇÕES DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COF	- Córtex Órbito-Frontal
CPF	- Córtex Pré-Frontal
FE	- Funções Executivas
K-SADS-PL	- Entrevista Diagnóstica <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children</i>
LT	- Lobo Temporal
PAS	- Personalidade Antissocial
PET	- Tomografia por emissão de pósitrons
SPECT	- Tomografia computadorizada por emissão de fóton único
TA	- Transtorno de Ansiedade
TAG	- Transtorno de Ansiedade Generalizada
TC	- Transtorno de Conduta
TCD	- Transtorno de Comportamento Disruptivo
TDAH	- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TEPT	- Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TH	- Transtorno de Humor
THB	- Transtorno de Humor Bipolar
TOD	- Transtorno Opositivo Desafiante
TPAS	- Transtorno de Personalidade Antissocial
TUS	- Transtorno de Uso de Substâncias

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo geral	20
1.1.2 Objetivos específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	21
2.1.1 Sexo	23
2.1.2 Escolaridade.....	24
2.1.3 As influências das práticas parentais e do ambiente no adolescente em conflito com a lei.....	25
2.1.4 Exposição à violência	28
2.1.5 Os aspectos emocionais do adolescente em conflito com a lei.....	33
2.1.6 Estudos epidemiológicos sobre a saúde mental de crianças e adolescentes	39
2.1.7 Os sinais de alerta.....	42
2.1.8 O cérebro e a violência.....	47
2.1.9 A genética da violência.....	51
2.1.10 Fatores de proteção para a violência	53
2.1.11 Prevenção e Intervenção.....	54
2.2 OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	57
2.2.1 Transtorno de Ansiedade	57
2.2.2 Transtorno de Humor	59
2.2.2.1 Depressão na adolescência	59
2.2.2.2 Transtorno de Humor Bipolar	61
2.2.3 Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade e de Comportamentos Disruptivos	63
2.2.3.1 O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	63
2.2.3.2 O Transtorno Opositivo Desafiante	65
2.2.3.3 O Transtorno de Conduta.....	66

2.2.3.4 A interrelação entre TDHA e os Transtornos de Comportamento Disruptivo	70
2.2.3.5 Funções executivas no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDHA) e de Comportamento Disruptivo	72
2.2.4 O Transtorno do Uso e Abuso de Substâncias	75
2.3 O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI E OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	81
3 MATERIAL E MÉTODOS	84
3.1 TIPO DE ESTUDO	84
3.2 LOCAL E PRÍODO DE ESTUDO	84
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA	86
3.3.1 Critérios de inclusão	86
3.3.2 Critérios de exclusão	86
3.4 AMOSTRAGEM	87
3.5 RECRUTAMENTO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	87
3.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E COLETA DE DADOS	88
3.6.1 Anamnese psiquiátrica	88
3.6.2 A aplicação do K-SADS-PL, Versão Brasileira da <i>Schedule Affective Disorder and Schizophrenia for Scholl Aged-Children</i> para crianças de 6 a 18 anos	89
3.6.3 Dados de Informações	91
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	91
3.8 ÉTICA EM PESQUISA	92
3.8.1 Termo de consentimento livre e esclarecido	92
3.9 MEDIDAS DE PROTEÇÃO E MINIMIZAÇÃO DE RISCOS	92
3.10 MEDIDAS DE PROTEÇÃO E CONFIABILIDADE	93
3.11 FOMENTO PARA A PESQUISA E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	93
4 RESULTADOS	95
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	95
4.1.1 Idade, sexo e tratamentos anteriores	95
4.1.2 Escolaridade.....	95
4.1.3 Características dos pais e família.....	96
4.1.4 Características do ambiente.....	98

4.1.5 Características dos delitos	100
4.2 OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	102
4.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS ADOLESCENTES DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO	109
5 DISCUSSÃO	122
5.1 O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI	122
5.2 OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI.....	130
5.2.1 Transtorno de Ansiedade	131
5.2.2 Transtorno de Humor	135
5.2.2.1 Depressão da adolescência	135
5.2.2.2 Transtorno de Humor Bipolar	136
5.2.3 O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e os Transtornos Disruptivos	140
5.2.4 O Uso e Abuso de Substâncias, sua relação com os Transtornos Disruptivos e o adolescente em conflito com a lei.....	146
5.3 O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI E A GRAVIDADE DO DELITO	151
6 CONCLUSÕES	155
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS.....	159
APÊNDICES	188
ANEXOS	246

1 INTRODUÇÃO

O adolescente em conflito com a lei é um problema de saúde e também uma questão social relevante na atualidade, tanto no Brasil como em países desenvolvidos, causando graves prejuízos na esfera pública, familiar e individual. A problemática resultante das questões pertinentes ao adolescente em conflito com a lei é responsável por morbidades e mortalidade entre os jovens tanto no Brasil, um país em desenvolvimento, como em países desenvolvidos.

Embora com indícios de diminuição da pobreza e um acesso maior à educação e à saúde, observa-se no Brasil uma grande desigualdade social, com diferenças significativas entre as regiões do país.

Portanto, uma avaliação dos transtornos psiquiátricos nos adolescentes em conflito com a lei no Brasil torna-se uma tarefa difícil, principalmente devido à desigualdade social, condições de educação, a violência dos locais onde vivem e os cuidados com a saúde mental são precários para grande parte dessa população. A preocupação no tocante à saúde pública diante dos problemas que apresentam estes jovens torna-se de grande impacto, principalmente quando se delineia o futuro destes jovens, pois os que sobrevivem a essa condição serão adultos com problemas, em sua maior parte, e terão filhos que provavelmente serão criados em condições mais desfavoráveis. Também a falta de serviços de excelência e de profissionais capacitados para o atendimento dessa população indica que esse problema está longe de ser resolvido.

Portanto, estudar o adolescente em conflito com a lei é crucial, pois se observa no Brasil um aumento do número de jovens envolvidos em infrações. Dessa forma, é necessário, cada vez mais, a implantação de serviços que atendam a essa população. Iniciativas entre os pesquisadores e gestores de saúde pública e social estão ainda longe de ser prioritárias nos planos governamentais. Várias doenças com índices menores de prejuízos recebem maior atenção.

Prevenir que crianças e adolescentes se engajem em comportamentos delinquentes deveria ser um objetivo primordial, com intervenções precoces, mas para isso se faz necessário entender os fatores relacionados a esse problema, para que os investimentos possam ser alocados na prevenção, em pesquisas e nos tratamentos efetivos.

Por se tratar de um assunto complexo, nenhuma teoria é capaz de dar conta de todos os aspectos do desenvolvimento infantil e adolescente, principalmente quando trata do adolescente em conflito com a lei.

Residir em áreas urbanas expõe acentuadamente crianças e adolescentes a alguma forma de violência, sendo que substancial parcela está exposta às formas mais extremas de violência, como testemunhando agressões, violências verbais e físicas ou sendo vítimas de tais atos. Pesquisadores reconhecem o efeito nocivo potencial de tais exposições à violência de forma generalizada, sendo produzido um vasto corpo de trabalhos sobre o potencial da violência na comunidade e as consequências sobre a saúde mental (BUKA *et al.*, 2001; TOLAN; GORMAN-SMITH; HENRY, 2003; LAMBERT *et al.*, 2005).

Um estudo recente do Ministério da Justiça do Brasil e do Instituto Sangari contribui para a compreensão de um dos maiores desafios que o nosso país enfrenta hoje: a violência e seus desdobramentos (WAISELFISZ, 2010).

As fontes de estudo são coincidentes em afirmar que, embora esteja se estancando o íngreme crescimento da violência homicida, os índices permanecem ainda extremamente elevados. Verifica-se que essa violência continua a ter como principal ator e vítima a nossa juventude. É nessa faixa etária, a dos jovens, que duas em cada três mortes se originam da violência, seja ela por homicídio, suicídio ou acidente de transporte (WAISELFISZ, 2010).

As iniciativas governamentais e da sociedade civil para o enfrentamento da violência, particularmente da violência entre jovens, conseguiram estagnar os níveis da violência homicida, a partir de 2003, em várias unidades da Federação. Essas iniciativas aliaram componentes repressivos – como a retomada de territórios dominados pela criminalidade, a melhoria da eficiência e a depuração e articulação das estruturas da segurança pública – com ações preventivas, como a campanha do desarmamento, ou as propostas para dar aos jovens alternativas às drogas, à exclusão educacional, cultural e laboral (WAISELFISZ, 2010). Mas, por falta de pesquisas e de conhecimento, não houve iniciativas no tocante à saúde mental.

Ao estudar o adolescente em conflito com a lei, os fatores de risco e de proteção são temas de fundamental importância, tanto nos aspectos individuais como nos sociais. Entre os fatores individuais de proteção estão o temperamento positivo da criança e um bom desempenho intelectual, e entre os fatores sociais viver em um ambiente acolhedor, com poucos conflitos e regras claras. Já entre os

fatores de risco individuais, encontram-se o sexo masculino, ter problemas com autoestima, dificuldades escolares e baixo rendimento escolar. Os fatores de risco sociais incluem as psicopatologias familiares, estar exposto a violência em casa, na rua e na escola e a exposição ao álcool e às drogas (WASSERMAN *et al.*, 2003b).

Alguns problemas comportamentais das crianças já aparecem antes dos sete anos de idade, ou mesmo no início da idade escolar. Os pais, educadores e profissionais de saúde precisam estar atentos aos sinais de alerta manifestados pelas crianças. Tais sinais podem ser apresentados com sintomas internalizantes – isolamento, dificuldades de relacionamento com seus pares, quedas no desempenho escolar e crianças que não conseguem defender-se em seus pontos de vista – ou por sintomas externalizantes como agitação, impulsividade, desrespeito às regras, dificuldades na aprendizagem e faltas seguidas às aulas.

A relação dos genes, do cérebro e o ambiente têm sido cada vez mais relacionados no desenvolvimento do comportamento violento. As interações do ambiente social, com fatores genéticos e biológicos aumentam o risco de uma forma exponencial. As complicações ao nascimento (incluindo anoxia neonatal, que causa lesão particularmente no hipocampo) interagindo com ambientes familiares negativos (por exemplo, rejeição materna precoce) predis põem à infração violenta na vida adulta. Também há evidências replicadas de que uma anormalidade no gene da MAO-A interage com maus tratos na infância para predispor ao comportamento antissocial (CASPI *et al.*, 2002).

Estudos populacionais para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na população de crianças e adolescentes apontam prevalências em torno de 10 a 20%. No Brasil um dos mais importantes estudos ocorreu na cidade de Taubaté (SP), com uma prevalência de 12,7% (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Quando se estuda o adolescente em conflito com a lei, pesquisas apontam taxas de transtornos psiquiátricos em torno de 66,3% no sexo masculino, variando de 64,6% em afrodescendentes até 82,0% em brancos. Os transtornos mais prevalentes incluem o Transtorno de Conduta, o Transtorno de Abuso de Substâncias, o Transtorno de Ansiedade e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TEPLIN *et al.*, 2002).

Pesquisa realizada no Brasil também apontou maior morbidade psiquiátrica entre os adolescentes em conflito com a lei (DE PINHO *et al.*, 2006). Nesse estudo 75,2% deles foram diagnosticados como portadores de transtornos psiquiátricos,

incluindo os de conduta e o uso nocivo de substâncias psicoativas. Os autores concluíram que houve associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico.

Os adolescentes em conflito com a lei apresentam certas características como a violação persistente de normas e regras sociais, início precoce de comportamento agressivo, envolvimento em brigas, ausência de sentimento de culpa, rejeição por parte de professores e colegas, baixo rendimento, fracasso e evasão escolar (MEICHENBAUM, 2005; GALLO, 2006).

Muitos fatores ambientais têm se mostrado como de risco para o aparecimento de adolescentes com problema com a lei, tais como: violência familiar, comprometimento das funções parentais e psicopatologia em um dos pais. A esses fatores somam-se a pobreza, morar em lugares violentos, com disponibilidade de drogas e associação a pares desviantes (HAWKINS; FARRINGTON, 1998; HAWKINS *et al.*, 2011).

O consumo de drogas é um dos fatores que de forma considerável está associado ao problema do adolescente em conflito com a lei e mesmo não sendo a principal causa de envolvimento em atividades ilegais, pode colocar em risco de comportamento delinquente. Muitas vezes está vinculado ao Transtorno de Conduta e ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (MULVEY *et al.*, 2010).

Trabalhos preventivos podem evitar que as crianças e os adolescentes venham a usar drogas e se tornem usuários, bem como reduzir os níveis globais de uso de drogas na escola, que por si só pode reduzir o risco de violência (DAANE, 2003).

No Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e no Transtorno de Conduta, os comportamentos externalizantes aparecem precocemente, e essas crianças apresentam alto risco de desenvolver abuso de substâncias mais tarde (ELKINS; McGUE; IACONO, 2007).

Os programas de prevenção para o desenvolvimento de comportamentos delinquentes devem se focalizar nas crianças que apresentam sintomas de hiperatividade e problemas de conduta, com fracassos escolares e faltas sucessivas à escola, que vivem em lugares pobres, com disponibilidade de drogas na vizinhança, com relacionamentos familiares insatisfatórios e que se associam a colegas agressivos (HERRENKOHL *et al.*, 2010).

Algumas razões motivaram a escolha do grupo de adolescentes em conflito com a lei para esta pesquisa:

- 1) grupo pouco estudado cientificamente;
- 2) uma porcentagem significativa apresenta doenças psiquiátricas, que não são reconhecidas e tratadas precocemente;
- 3) constatação de uma grande carência destes conhecimentos na área da saúde, educação e justiça;
- 4) uma forma de colaborar com as políticas públicas no que diz respeito à adolescência em conflito com a lei.

As pesquisas apontam que os menores infratores estão sujeitos a apresentar mais doenças psiquiátricas do que a população geral dos jovens. Mas poucos estudos ainda foram realizados em outros países e no Brasil, delineando o perfil psicopatológico desses adolescentes. Também, poucos estudos foram realizados utilizando instrumentos padronizados e validados, para colocar-nos em discussão com pesquisadores também de outros países.

Alcançar uma leitura da população de jovens detidos na cidade de Curitiba, no que diz respeito às doenças psiquiátricas, pode contribuir com este conhecimento para os outros estados da nação, para pesquisadores na área da infância e adolescência do Brasil e de outros países. Ao utilizar instrumentos já validados e empregados em várias pesquisas, pode-se contribuir cientificamente para o entendimento dos adolescentes em conflito com a lei.

Esta pesquisa tem uma grande relevância no Brasil, pois há um número significativo de jovens abandonados e, conseqüentemente, mais vulneráveis a cometerem delitos. Daí a necessidade de um estudo aprofundado e cuidadoso, para que, dessa forma, estes conhecimentos possam ser utilizados nas áreas da prevenção, da saúde, da educação e da justiça.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a incidência de transtornos psiquiátricos em uma população de adolescentes em conflito com a lei cumprindo medida socioeducativa na Vara de Adolescentes Infratores.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil socioeconômico do adolescente em conflito com a lei: classe social, racial, onde residem, perfil familiar, perfil escolar.
- b) Verificar os transtornos psiquiátricos mais frequentes, suas principais comorbidades e as características específicas do adolescente em conflito com a lei.
- c) Verificar a frequência do transtorno do abuso de substâncias, as drogas mais utilizadas e as questões específicas do adolescente em conflito com a lei
- d) Avaliar a relação dos transtornos psiquiátricos e o perfil do adolescente em conflito com a lei, com a gravidade dos delitos

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Há um crescimento da população jovem envolvida com o sistema de justiça juvenil (detidos).

Nos Estados Unidos da América, em 1997, foram contabilizados 1.800.000 casos de delinquência, já em 1999 este número cresceu para 2.5 milhões. Quase 60% eram negros e hispânicos. Mudanças recentes nas leis, tais como penalidades de crimes por drogas e diminuição da idade em que jovens podem ser julgados como adultos, têm resultado em mais serviços para jovens (TEPLIN *et al.*, 2002). Muitos deles estão presos em prisões de adultos e o número de mulheres tem aumentado nas mesmas proporções que a dos homens. Acredita-se que serviços na área de saúde mental para jovens detidos podem melhorar a qualidade de vida e reduzir as recidivas (TEPLIN *et al.*, 2002).

No Brasil, existem poucos estudos empíricos e pouco conhecimento para um melhor uso dos escassos recursos dos sistemas de saúde mental.

As principais características dos adolescentes em conflito com a lei são: a violação persistente de normas e regras sociais, a dificuldade para socialização, o uso precoce de tabaco, de drogas e de bebida alcoólica, história de comportamento agressivo, envolvimento em brigas, impulsividade, humor depressivo, tentativa de suicídio, ausência de sentimento de culpa, hostilidade e destruição de patrimônio (MEICHENBAUM, 2005).

Outras características incluem institucionalização, incidentes de atear fogo, vandalismo, rejeição por parte de professores e colegas, envolvimento com pares desviantes, baixo rendimento acadêmico, fracasso escolar e evasão escolar (GALLO, 2006).

É importante considerar que o comportamento humano é determinado por relações complexas entre variáveis biológicas e ambientais. Quando se pensa no adolescente em conflito com a lei, estes fatores são de grande relevância.

Os adolescentes em conflito com lei apresentam problema de autoestima, ocasionado muitas vezes pelas deficiências em habilidades sociais e resolução de

problemas, sofrendo de sentimentos de inferioridade. A baixa autoestima pode levar ao comportamento infracional para melhorar a própria imagem (PADOVANI; WILLIAMS, 2005). Também pelas repetidas referências negativas do grupo social convencional, procuram referências positivas no grupo de delinquentes.

Um dos fatores que contribuem consideravelmente para os atos infracionais é o consumo de drogas. Observa-se associação entre uso de drogas, turno escolar noturno, considerável número de faltas à escola e reprovações. Já são conhecidos os efeitos das drogas sobre o cérebro humano e suas consequências sobre o comportamento; as anfetaminas e a cocaína aumentam a agressividade, os esteroides anabolizantes também aumentam a agressividade e levam a episódios psicóticos de um quadro de mania. O álcool e inalantes são desinibidores e aumentam a agressividade. A maconha, na maior parte das vezes, reduz a agressividade e o LSD e os ansiolíticos vão depender da dose (RENFREW, 1997).

Portanto, pode-se descrever uma cadeia de fatores para comportamentos delinquentes, começando pelas dificuldades de socialização que levam à rejeição por parte dos pais, aumentando a violência doméstica que desencadeia comportamentos agressivos, acentuando a incompetência social, ocasionando na escola: rejeição por parte dos colegas, dificuldades acadêmicas e problemas de disciplina. Com a rejeição por familiares e colegas da escola, ocorre a filiação a grupos violentos ou transgressores e abuso de substâncias, o que, em consequência, gera mais violência doméstica e atos violentos na vizinhança que conduzem ao sistema judiciário (HEMPHILL *et al.*, 2010).

Em uma importante pesquisa, Herrenkohl *et al.* (2000) avaliaram os fatores de risco para o desenvolvimento da violência em jovens, com o objetivo de replicar precocemente os achados de pesquisa dos fatores de risco da violência juvenil e para explorar os efeitos do comportamento violento nos construtos, aumentando o risco para outros problemas comportamentais, dentro da estrutura do desenvolvimento. Os autores concluíram que muitos construtos predizem a violência mais do que o ponto do desenvolvimento. Hiperatividade, baixa performance acadêmica, pares delinquentes e a disponibilidade das drogas na vizinhança predizem a violência nas idades de 10, 14 e 16 anos. As análises de efeitos aditivos de fatores de risco revelaram que os jovens expostos a riscos múltiplos foram notavelmente mais prováveis que outros para engajarem-se em violência mais tarde.

Portanto, os problemas comportamentais precoces, principalmente externalizantes, que levam às dificuldades de socialização, com fracassos escolares, pares delinquentes e disponibilidade de drogas na vizinhança, são fatores que conduzem os adolescentes a apresentarem problemas com a lei, conjuntamente com violência doméstica, rejeição por parte dos familiares, relacionamentos familiares insatisfatórios e práticas parentais negativas.

Uma das teorias mais populares sobre a delinquência é a taxonomia desenvolvimental do comportamento antissocial de Moffitt (MOFFITT, 1993). De acordo com esta teoria, há dois principais caminhos para o comportamento antissocial: o curso persistente na vida (CPV) e limitado à adolescência (LA). O CPV é marcado por déficit neuropsicológico e deprivações ambientais precoces, relacionamento interpessoal pobre e padrão invasivo de ofensa, que começa na infância ou início da adolescência e continua na vida adulta. O caminho LA é caracterizado pela falta de déficit neuropsicológico e deprivação ambiental precoce, um desejo por *status* e aceitação pelos pares e um padrão circunscrito de ofender, que começa no final da adolescência e termina no início da idade adulta. Enquanto o CPV do comportamento antissocial pode ser considerado uma forma de psicopatologia, o LA é caracterizado como uma resposta normativa dependente da idade para a diferença de maturidade, que frequentemente acompanha a adolescência. Estudos colocam a taxa do comportamento antissocial com o CPV em 3% a 16% (TREMBLAY *et al.*, 2004; RAINE *et al.*, 2005). Já o comportamento antissocial LA é duas ou três vezes mais comum do que o comportamento antissocial com o CPV (LAHEY *et al.*, 2006; WALTERS, 2011).

2.1.1 Sexo

Estudos têm demonstrado que o sexo em si é um fator de risco para a violência (HERRENKOHL *et al.*, 2000). Os meninos são socialmente encorajados a assumir papéis com mais alto nível de agressividade. Outra possibilidade é que homens e mulheres exibem a violência de formas diferentes. Os homens são mais propensos a se envolver em violência e apresentam mais comportamentos relacionados à violência, assim como ameaças e ferimentos com arma na escola e,

portanto, são significativamente mais susceptíveis a se envolverem em brigas e mais propensos a carregar uma arma ou pistola na escola (KANN *et al.*, 2000). Os crimes violentos por menores infratores em dias de aula acontecem imediatamente depois da escola (THORNBERRY *et al.*, 1999).

A baixa autoestima e a exposição à violência escolar podem ser mais importantes para as meninas. As meninas expostas à violência na família se tornam vítimas novamente em namoros e nas relações conjugais (DAANE, 2003).

2.1.2 Escolaridade

Nas creches, já observam-se comportamentos de risco como agressividade e envolvimento em brigas, em crianças pequenas. Em idade escolar, além da agressividade, também o mau desempenho escolar e as sucessivas faltas à escola, gazeta às aulas, o que, em consequência, leva a uma maior probabilidade de abandono da escola. Todos esses comportamentos são preditores para o comportamento violento (DAANE, 2003).

Quanto menor o grau de instrução mais propensos estão os jovens a sofrer violência e apresentar comportamento violento, além de maior probabilidade de se envolver em brigas (KANN *et al.*, 2000). O álcool, as drogas e o tabaco têm papel importante na violência interpessoal e na delinquência. O tabaco, álcool e uso de maconha estão associados com a violência escolar, de forma que os que usam na escola e para ir à escola são mais violentos do que aqueles que somente fazem uso deles fora dela (LOWRY *et al.*, 1999).

Entre os fatores ambientais, as dificuldades escolares e a baixa escolaridade são realçadas, sendo demonstrado que o coeficiente de inteligência é mais baixo do que em adolescentes não infratores. Aproximadamente 80% dos jovens detidos na América do Norte são funcionalmente iletrados, com passagens por classes especiais. Apresentam capacidade verbal baixa e problemas de aprendizagem que contribuem para os problemas de comportamento, que acentuam os problemas escolares e podem levar a conduta infracional (WASSERMAN *et al.*, 2003a).

No Brasil a quase totalidade dos adolescentes que estão em medidas sócio educativas abandonou os estudos cedo. A evasão escolar, também por ineficácia

dos métodos educacionais, muitas vezes, leva à exclusão social (colegas e professores), sendo que, dessa forma, estes adolescentes preferem assumir a "identidade do bandido" (PEREIRA; MESTRINER, 1999).

Os adolescentes que abandonam a escola apresentam mais problemas emocionais e envolvimento em comportamentos de risco tais como atividade sexual precoce, violência e abuso de substâncias (GIUSTI; SAÑUDO; SCIVOLETTO, 2002).

Algumas soluções já foram apresentadas para as dificuldades escolares e a baixa escolaridade como: ações socializadoras incidindo mais sobre uma proposta educativa do que ao aspecto pedagógico, aspectos da educação envolvendo cidadania, não permitindo idéias de discriminação e preconceito, com regras claras e instruções efetivas e uma verdadeira inclusão escolar (GALLO, 2006).

2.1.3 As influências das práticas parentais e do ambiente no adolescente em conflito com a lei

O ambiente social tem influência sobre a violência nos seguintes papéis: complicações ao nascimento (anóxia), ambientes familiares negativos, privação materna, maus tratos e abuso na infância e exposição a ações parentais erráticas, coercitivas e punitivas (CASPI *et al.*, 2002). Outros fatores ambientais já estudados são conflitos familiares, classe social baixa, famílias numerosas, psicopatologia materna e criminalidade paterna (RUTTER, 1999).

As circunstâncias ambientais nas quais as famílias vivem e as relações que são nutridas dentro desses ambientes influenciam os comportamentos e as atitudes dos pais. Sistemas teóricos apoiam a noção de que indivíduos podem formar relações mutualmente benéficas com seus ambientes, os quais podem, por sua vez, se traduzir em comportamentos parentais positivos ou negativos (OSOFISKY; THOMPSON, 2000).

Pais que têm relações positivas com vários sistemas, que fornecem organização e apoio em seus ambientes, apresentam estilos parentais mais adaptativos. Relações positivas e comunicação entre os pais e a criança e entre os pais e os membros de sua rede de apoio, têm mostrado benefícios nessa promoção adaptativa (OSOFISKY; THOMPSON, 2000).

As práticas parentais positivas, como a monitoria positiva ou o acompanhamento e orientações em relação ao comportamento moral, levam a comportamento pró-social, como respeitar regras, colaborar, prestar atenção no outro, ser honesto, respeitar o outro, ter responsabilidade e fazer vínculos (DEL PRETTE; DEL PRETTE; SOUZA, 2005).

Os pais que têm um padrão adequado de comunicação, que ajudam seus filhos com um ambiente acolhedor, são aqueles que ajudam a identificar as emoções, que aconselham, que apresentam expressividade emocional positiva e auxiliam uma melhor interação social (BOHANEK *et al.*, 2006).

Os fatores protetores determinantes dos comportamentos morais a serem desenvolvidos são: o sentimento de culpa, a vergonha, a empatia, as ações honestas e justas, as ações generosas e as crenças positivas sobre o trabalho (GOMIDE, 2003).

Alguns pais, mesmo vivendo sob condições de alto risco psicossocial, são capazes de manter um relacionamento recíproco positivo, com redes adequadas de apoio e têm o benefício adicional de compartilhar a paternidade com alguém, de alterar seus comportamentos, se engajando em um melhor cuidado (OSOFSKY; THOMPSON, 2000)

Em uma pesquisa com 125 crianças com QI baixo e com pais com envolvimento negativo, menos calorosos, menos recíprocos e mais rígidos, identificou-se que eles levaram seus filhos a apresentarem maior índice de problemas comportamentais internalizantes e externalizantes, como a delinquência e agressão (ATZABA PORIA; PIKE; DEATER DECKARD, 2004).

Em outra pesquisa com pais de crianças com queixas escolares, observou-se que ofereciam menos suporte para o desenvolvimento de seus filhos, tendo menor tempo livre, menor disponibilidade para passeios, menos atividades, menos diversidade de livros e brinquedos. Também ofereciam menos suporte emocional, tendo menor frequência de atividades realizadas com seus filhos e da criança recorrer aos pais para ajudá-la. Também apresentavam mais problemas de relacionamento com os filhos, com agressão, conflito, rejeição, indiferença, hostilidade e práticas educativas coercitivas, permissivas e inconsistentes (D'AVILA-BACARJI; MARTURANO; ELIAS, 2005).

Os inibidores do comportamento antissocial são genéticos, evolutivos e de aprendizagem. Portanto, é importante a intensificação do contato de pele nos

primeiros anos de vida (BOWLBY, 1984), aumento das relações afetivas (FREUD, 1987), reforço positivo apropriado, supervisão e monitoria dos pais, acompanhamento do desempenho escolar (PATTERSON, 1992), estabelecimento de regras possíveis de serem cumpridas, ajuda no desenvolvimento de habilidades sociais e presença de modelo positivo do pai na família (CABALLO; GUILLÉN; SALAZAR, 2010).

Pais e escola são fatores de proteção, principalmente quando há conectividade destes dois fatores. A família monitorando e controlando: Como? Com quem? Onde os adolescentes gastam seu tempo? Quem são seus amigos? A escola com um clima positivo, com professores capacitados, com serviços mais compreensivos e colaborativos para os estudantes e com envolvimento dos pais (HENRICH; BROOKMEYER; SHAHAR, 2005).

As variáveis que contribuem para o comportamento antissocial são a negligência, o abuso físico e psicológico, a disciplina relaxada, a punição inconsistente e a monitoria negativa (GOMIDE, 2003).

Em geral as características dos pais dos infratores incluem o distanciamento da vida cotidiana de seus filhos, as dificuldades em responder quem eram os amigos, quais eram os lugares de lazer, quais os sonhos e expectativas de futuro, pouco envolvimento com a vida dos filhos e organização pouco rigorosa: "Não sabiam a hora que eles chegavam em casa, nem sugeriam um limite" (OSOFSKY; THOMPSON, 2000).

Pais de delinquentes têm uma comunicação pobre com os filhos, preocupam-se menos e não passam confiança (baixa intimidade), oferecem baixo suporte de identidade e déficit na comunicação instrumental (discussão sobre planos futuros) (LONARDO *et al.*, 2009). A comunicação é tão importante quanto o controle.

Os antecedentes dos pais dos infratores são transtornos psiquiátricos: alcoolismo, Transtorno de Humor, Transtorno de Ansiedade, com temperamento difícil e opositores e com habilidades disciplinares baixas. Mães solteiras ou separadas, conflitos conjugais e pais que sofreram abuso físico, psicológico ou sexual (OSOFSKY; THOMPSON, 2000).

Portanto, o risco para a delinquência caracteriza-se por monitoria inadequada associada a comportamentos disruptivos, levando a associação com pares desviantes e a um provável comportamento antissocial.

Um fator familiar protetor importante é o apego, pois é um afeto fornecedor de segurança emocional e inibidor de comportamentos agressivos. Faz com que a criança queira contar aos seus pais sobre suas vidas, prevenindo dessa forma o envolvimento em problemas (KIERKUS; BAER, 2002).

Para delinear o perfil e intervenção com os pais de adolescentes em conflito com a lei, Gallo (2006) avaliou um programa de intervenção proposto com o objetivo de ensinar práticas educativas parentais a mães de adolescentes em conflito com a lei. Nesse estudo conclui-se que a maioria dos participantes não frequentava a escola, levando ao grande número de reincidências, ao uso de entorpecentes e uso de armas. Os adolescentes com níveis educacionais mais baixos viviam em famílias monoparentais e abandonaram os estudos muito cedo, por não conseguirem acompanhar as aulas. O furto foi a infração mais comum. Concluiu-se também que ensinar habilidades parentais, mesmo que em poucas sessões, pode reduzir os conflitos com os filhos, o que poderia diminuir o risco para o envolvimento em infrações.

O ambiente social tem influência sobre o comportamento, podendo servir de gatilho para o comportamento delinquente, assim como comportamentos parentais negativos. Os pais que não acolhem, que apresentam expressividade emocional negativa, que não ajudam suas crianças a identificarem suas emoções, trarão consequências negativas para o desenvolvimento emocional de seus filhos.

2.1.4 Exposição à violência

O comportamento antissocial precoce pode ser o melhor preditor de delinquência que surgirá mais tarde. Comportamentos antissociais geralmente incluem várias formas de violação da regra, de oposição e agressão, como o roubo, o combate físico e o vandalismo. De fato, a agressão precoce parece ser a característica mais significativa do comportamento social para prever o comportamento delinquente antes da idade de 13 anos. A agressão física na educação infantil foi o melhor preditor do envolvimento de comportamento violento e, só mais tarde, de crimes contra propriedades (HAAPASALO; TREMBLAY, 1994) (TREMBLAY *et al.*, 1994).

Parte-se do conhecimento que a violência pode ser oriunda de dois tipos: a relacional, que surge a partir de conflitos interpessoais com a família, os amigos e os conhecidos, e a predatória, com a qual obtém-se algum ganho, fazendo parte de um padrão criminoso. Violência relacional é mais comum do que a predatória em crianças e adolescentes (ELLICKSON; McGUIGAN, 2000).

Os fatores de risco para a violência incluem exposição à violência em casa, na escola, na rua, na televisão, nos videogames e filmes, assim como sexo masculino, problemas com autoestima e exposição a álcool e drogas além de sentimentos de rejeição, baixo interesse pela escola, baixo rendimento escolar e comportamento impulsivo (OSOFSKY, 2003).

A exposição à violência ocasiona cicatrizes emocionais podendo levar a comportamentos violentos e à delinquência. Jovens que vivem em comunidades violentas são mais propensos a passar por situações estressantes e a apresentar depressão, sendo este um preditor significativo para comportamento violento, principalmente nos meninos. A exposição à violência e ser vítima de violência estão associados a crianças que apresentam comportamento agressivo e violento (CAUFFMAN *et al.*, 1998). Adolescentes violentos testemunharam ou foram vítimas de violência em suas casas, na escola ou no seu bairro (FLANNERY; SINGER; WESTER, 2001).

As exposições à violência na comunidade, tanto presenciando como ouvindo, podem trazer problemas de saúde mental. Os mais consistentes achados de pesquisas são aqueles relacionados a problemas externalizantes e ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e com menor impacto os sintomas internalizantes (FOWLER *et al.*, 2009). Problemas externalizantes, tais como comportamentos desviantes e agressivos, têm sido consistentemente mostrados como resultado da exposição à violência na comunidade, entre crianças, adolescentes e adultos jovens (GORMAN-SMITH; HENRY; TOLAN, 2004; GORMAN-SMITH; TOLAN, 1998; LYNCH; CICCHETTI, 1998).

Crianças e adolescentes expostos a elevadas taxas de testemunho de violência e também vítimas de violência na comunidade apresentam um risco maior para o desenvolvimento de sintomas de TEPT, bem como o seu diagnóstico clínico. A violência comunitária leva a uma hipervigilância crônica, conduzindo a um senso de insegurança. Os pais que foram traumatizados são mais propensos a que suas

crianças venham a se sentir mais inseguras ou a desenvolver sintomas do TEPT (CLOITRE *et al.*, 2004; YEHUDA; HALLIGAN; GROSSMAN, 2001).

Alguns investigadores sugerem que os jovens que estão cronicamente expostos à comunidade violenta podem não apresentar sintomas internalizantes, podendo parecer insensíveis, por suprimir sentimentos de tristeza e ansiedade (DAANE, 2003).

Outros fatores importantes na etiologia da violência são: a negligência, o abandono, o abuso físico e sexual. Sendo que vítimas de abuso físico tem maior probabilidade de ser presos por um crime violento do que crianças que foram sexualmente abusadas (WIDOM; MAXFIELD, 1996).

A exposição à violência afeta negativamente a saúde mental da criança incluindo a autoestima. Crianças e adolescentes com baixa autoestima estão mais sujeitos a apresentar comportamentos agressivos e violentos. Em crianças agressivas, constatou-se que elas eram menos felizes, sentiam-se desprezíveis, com a sensação de não fazer parte da escola, com problemas para se divertir e com autoimagem negativa. Observou-se que essas crianças apresentavam relações negativas com a família e os amigos, sentimento de rejeição dos pais, sentindo-se injustiçadas pelos professores e zombadas e intimidadas pelas outras crianças (ELLICKSON; McGUIGAN, 2000; DAANE, 2003).

Teorias de cognição social sugerem que as exposições a modelos de violência na comunidade tendem a gerar uma reprodução do comportamento violento como um modelo apropriado. Teorias baseadas na fisiologia indicam que crianças expostas à violência na comunidade apresentam menor probabilidade a experimentar excitação durante atos violentos, o que pode ser um facilitador para o seu próprio ato agressivo (DODGE; SOMBERG, 1987).

A influência da subcultura na delinquência e na violência é observada quando valores violentos são apoiados, muitas vezes utilizando a pressão do grupo para incentivar os adolescentes a usarem a violência. Também está associada a grupos que usam álcool, drogas ilegais e que participam de atividades antissociais, tais como vandalismo (BERNBURG; THORLINDSSON, 1999).

A aprovação social da violência leva as crianças a aprenderem que a violência é aceitável, por meio tanto da exposição à violência como da observação da violência, quando os comportamentos violentos são aceitáveis sob certas circunstâncias. A aprovação social da violência reforça comportamentos e, muitas

vezes, conduz a mais violência. A falta de consequência para o comportamento violento pode reforçar as crenças na aceitação da violência e sua utilização (DAANE, 2003).

Na influência da subcultura da delinquência e da violência os fracos laços familiares e com a escola são fatores predisponentes, assim como os laços mais fortes com a subcultura de pares delinquentes. Instituições convencionais como família e escola podem deter um comportamento violento e delinquente, por meio de valores e crenças (BERNBURG; THORLINDSSON, 1999).

Dentre as teorias para o entendimento da delinquência juvenil, o uso do termo "cultura do conflito" é teorizado como uma possível explicação cultural para este fenômeno. Segundo esta teoria, a criminalidade em muitos casos é um produto da cultura de conflito entre os valores e as normas de uma subcultura, em uma determinada sociedade. No seguimento da lógica sociocultural, estudos argumentam que os jovens constituem uma subcultura social com certos valores, normas e posturas em relação à lei penal, que não é necessariamente concordante com os valores morais e as normas formais da cultura geral dos adultos, que determinam o conteúdo do direito penal. Essas afirmações foram analisadas por um estudo de gravidade do crime, em que adultos e adolescentes entrevistados a partir de uma amostra (israelense) foram convidados a avaliar a gravidade de vários delitos cometidos por adolescentes. Foram encontradas diferenças significativas entre os valores de seriedade e punição dadas pelos adultos e pelos jovens, quando inquiridos sobre crimes violentos (alta) e utilização de drogas ilegais (baixo), com os entrevistados adultos fornecendo valores significativamente de maior gravidade e opções de punição para eles. Além disso, em uma análise de regressão, a variável idade dos entrevistados foi encontrada como decisiva para o entendimento de ambas as variáveis dependentes. Em vista disso, uma diminuição significativa da delinquência juvenil poderia ser obtida modificando alguns desses valores, bem como as estruturas sociais que enfatizam o poder dos adultos sobre os jovens, ou discriminando alguns delitos sem vítima (EINAT; HERZOG, 2010).

No que concerne à prevenção e intervenção, a exposição à violência é um fator crítico. A violência no lar é geralmente a primeira exposição da criança à violência, e as prevenções devem abordar a violência familiar. Às famílias em risco devem ser fornecidos recursos da comunidade, bem como a resolução de conflitos e competências parentais (antes de o abuso ocorrer). Isso significa atitudes da

sociedade sobre a violência e sobre a vítima, sendo que os autores da violência familiar devem ser responsabilizados (HAWKINS *et al.*, 2000).

Crianças expostas à violência em suas casas geralmente experimentam a violência antes de começar a frequentar a escola. As crianças que são expostas à violência em suas casas são forçadas a lidar com o medo, a raiva e o desespero. Indicadores de violência estão já presentes no meio escolar e programas que abordem a exposição das crianças à violência devem atuar principalmente na fase pré-escolar e no início da escolaridade da criança (HAWKINS *et al.*, 2000; DAANE, 2003).

Ainda entre os fatores ambientais, a violência familiar é importante, com comprometimento das funções parentais, com vínculos poucos efetivos, supervisão inconsistente, disciplina incoerente e inadequada. Incluem ainda pais que cometem crime ou contravenção, com consumo excessivo de álcool e drogas, prática de violência física e sexual e psicopatologia severa em um dos pais (HAWKINS; FARRINGTON; CATALANO, 1998; HAWKINS *et al.*, 2011).

Outros aspectos das relações familiares são relevantes. Filhos de pais presos são mais agressivos assim como filhos de mães jovens, morando em locais com vários comportamentos violentos, sendo que crianças que vivem em locais onde há aprendizado social da violência e que assistem suas mães serem agredidas são intolerantes à frustração e apresentam pouco controle de impulso e da raiva (SNYDER *et al.*, 2005).

A violência doméstica tem impacto na escola, levando às dificuldades no raciocínio concreto, abstrato e lógico e, conseqüentemente, trazendo problemas na criatividade, na fantasia, na concentração e na atenção. As crianças que presenciam cronicamente a violência podem ter uma ruptura do desenvolvimento normal, podendo apresentar padrões distorcidos de cognição, das emoções e dos comportamentos (OSOFKY, 2003; BRANCALHONE; FOGO; WILLIAMS, 2004).

Entre os outros fatores ambientais, destaca-se também a pobreza, pois crianças de baixa renda são expostas a altos níveis de violência, disfunção familiar e separação de suas famílias, com aumento de gravidez indesejada, estresse emocional, fracasso acadêmico e transtorno mental. Crescer em comunidades pobres é um fator de risco. Não é somente a pobreza em si que leva aos comportamentos infratores (EVANS; KIM, 2010).

Um ponto controverso como fator que contribui para o desenvolvimento de atos infracionais é a colaboração das mídias, mediante filmes, videogames e outros. A aprendizagem social por meio dos efeitos de filmes violentos, somada a múltiplos fatores, pode contribuir para o desenvolvimento da violência reforçando positivamente os atos infracionais (GOMIDE, 2000).

Pontos importantes para o desenvolvimento de comportamentos delinquentes incluem hiperatividade, relacionamentos familiares insatisfatórios, fracassos escolares, pares delinquentes e disponibilidade de drogas na vizinhança. Isto somado a condições de pobreza, comunidades sem lazer, escolas ruins, sem perspectiva futura de trabalho e colegas agressivos, leva à prática infracional (HERRENKOHL *et al.*, 2010).

2.1.5 Os aspectos emocionais do adolescente em conflito com a lei

No desenvolvimento emocional normal de uma criança, o desenvolvimento cognitivo e emocional se relaciona dinamicamente e trabalham juntos para processar informações e executar ações. A partir do desenvolvimento das habilidades cognitivas, vão se modificando os laços emocionais e dessa forma desencadeiam-se os processos complexos entre emoção, cognição e comportamento (COLE; MARTIN; DENNIS, 2004).

As teorias, psicanalítica e do apego, estudaram os primeiros anos de vida como parte fundamental do desenvolvimento, dando importância às primeiras relações, que servem de base para o estabelecimento das próximas etapas do desenvolvimento emocional (CASTRO; LEVANDOWSKI, 2009).

Freud foi o precursor da teoria psicanalítica e dentro do desenvolvimento emocional normal estabeleceu o desenvolvimento psicosssexual, com as fases do desenvolvimento: oral, anal, fálica, latência, adolescência até chegar à fase adulta. Também desenvolveu a teoria da formação da personalidade, que se dá por meio dos impulsos biológicos e das exigências da sociedade. Ainda muito importante na teoria freudiana no desenvolvimento emocional é a conflitiva edípica, pois neste momento há um medo da perda do objeto e a angústia da castração, nesta fase

ocorrendo a formação do superego (regras e valores sociais) e a aquisição da identidade sexual (FREUD, 1987).

Na concepção da delinquência a partir da psicanálise a vida é regida por forças e conflitos, no desenvolvimento emocional normal há uma renúncia do princípio do prazer. Para Freud, os pacientes que praticam ações proibidas, crianças com comportamentos antissociais, com origem do complexo de Édipo, têm o objetivo de serem punidas (FREUD, 1987).

Para Melanie Klein (1991), os fatores etiológicos são intrapsíquicos e constitucionais. A presença do superego é que acarreta os comportamentos antissociais. Somente mediante a análise dos conteúdos das fantasias inconscientes recalçadas é possível curar a delinquência.

Na teoria do apego, Bowlby e Cabral enfatizam a função biológica dos laços emocionais íntimos entre as pessoas e a influência dos pais para o desenvolvimento da criança, ressaltando a importância da disponibilidade e prontidão dos cuidadores primários para responder quando solicitados, além de encorajar e dar assistência. Isso gera na criança a capacidade de exploração do mundo e a tranquilidade do saber que, no retorno de uma separação, será bem-vinda, confortada e nutrida física e emocionalmente. Colocam que o bebê, assim como os outros animais, tem uma capacidade inata para estabelecer contato com outro ser humano, que vai dar origem ao apego (BOWLBY; CABRAL, 2002).

A teoria psicanalítica e a teoria do apego estão de acordo que as vivências entre mãe e bebê são cruciais para o desenvolvimento da criança e o estabelecimento de suas futuras relações objetais. Sobre a importância da capacidade de a mãe entender o bebê e se comunicar com ele, o bebê precisa que a mãe o entenda e transmita a ele o que está acontecendo. Para os autores os psicopatas tiveram uma infância severamente perturbada pela morte, divórcio ou separação dos pais ou rupturas de vínculos afetivos (BOWLBY; CABRAL, 2002).

As interações que ocorrem entre a mãe e o bebê, vistas sob a óptica de diversas teorias: a do apego (Bowlby e Cabral), da mãe suficientemente boa (Winnicott) e da continência materna (Bion), é que permitirão que a criança aprenda a se diferenciar da mãe/cuidador e a ter noção do próprio *self* (CASTRO; LEVANDOWSKI, 2009).

Para o entendimento emocional dos adolescentes em conflito com a lei, a teoria psicanalítica que trouxe um melhor entendimento foi a de Winnicott. Para este

pediatra e psicanalista, o ambiente tem uma importância fundamental, sendo a condição necessária para o desenvolvimento humano. Desenvolveu essa teoria observando crianças e adolescentes que passaram por muitas situações de rupturas familiares, movidas pela situação da Segunda Guerra Mundial. Nos dias atuais, observamos outras guerras, percebidas pelos afastamentos, transições familiares, inseguranças, também geradas pelo cotidiano violento e competitivo das grandes cidades, que levam, muitas vezes, os pais a olharem menos os seus filhos, gerando uma falta de legitimidade das funções paterna e materna na contemporaneidade (VILHENA; MAIA, 2002).

Essas rupturas familiares estão ocorrendo pela falta de padrões adultos para os adolescentes se identificarem, desta forma, colocando em risco os pais de serem negligentes na criação dos filhos. Muitas vezes faltam continência e limites, o que deixa os filhos mais vulneráveis à violência psíquica, passando a maior parte do tempo em frente da televisão, da internet ou em ambiente com disponibilidade de drogas etc. (HACK, 2008).

Na teoria do amadurecimento de Winnicott, todo indivíduo possui uma tendência inata ao amadurecimento e à integração; e o ambiente é uma condição necessária para o desenvolvimento da criança. Esta tendência só se realiza na presença de um ambiente suficientemente bom, com uma mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1983).

Existe uma fase do desenvolvimento muito importante, quando é necessário que a mãe vá se distanciando (sem que signifique abandono), com vistas a possibilitar a percepção para a criança de que ela e a mãe são diferentes, bem como a interação com o pai. Com isso, abre outro caminho para a criança, ao acrescentar elementos novos e valiosos. Para Winnicott, a existência de uma mãe suficientemente boa está ligada à presença de um pai suficientemente bom. Nessa fase, surge a ilusão, e com ela o objeto transicional, tão amado e dilacerado ao mesmo tempo (WINNICOTT, 1975).

Quando o afastamento da mãe for maior do que a pequena criança possa suportar, ou se o pai não puder cumprir a sua função, leva a um sentimento de abandono e raiva, ocorrendo a deprivação, podendo desenvolver o comportamento antissocial (NEWMAN, 2003). A criança ao invés de ser criativa passa a ser reativa e o objeto transicional pode ser destruído ou perde o sentido, cessando sua capacidade de usar o símbolo da união (VILHENA; MAIA, 2002).

Os sintomas como mentir, roubar, agredir, destruir e desafiar mobiliza os cuidadores (pais, professores, pediatras), bem como os outros que convivem com estas crianças. Dentre os portadores destes sinais e sintomas, devem-se diferenciar as crianças com bom nível de integração, maturação, criatividade, estruturação e saúde psíquica, daquelas crianças ou adolescentes congelados psiquicamente, com intensa destrutividade (VILHENA; MAIA, 2002).

Deve-se atentar para as estruturas que acompanham o problema de conduta: neurótica, *borderline*, psicótica, psicopática ou uma síndrome orgânica. Como se podem explicar as manifestações iguais em estruturas diferentes, as intensidades variadas, o que elas têm em comum e o que clamam? (HACK, 2008).

Pode-se diferenciar o Transtorno de Conduta (delinquência), um transtorno psiquiátrico que não apresenta sofrimento psíquico ou constrangimento com as atitudes e não se importa em ferir ou desrespeitar, do distúrbio de conduta (tendência antissocial), onde há problemas de saúde mental que causam incômodo no ambiente (HACK, 2008).

Na teoria da tendência antissocial de Winnicott, nas fases de amadurecimento, de dependência absoluta, relativa e o rumo à independência, há uma necessidade de uma adaptação do ambiente familiar às suas necessidades. Nesta teoria há uma ruptura ou perda dos cuidados parentais, o que é chamado de estado de deprivação (WINNICOTT, 2000).

Winnicott diferencia quando a perda materna ocorre no estágio inicial da vida, em que há uma dependência absoluta, chamando de privação. Mas quando a perda ocorre na fase posterior, quando já existe uma diferenciação do *self*, o bebê passa a viver o estado de deprivação, neste momento desencadeando a tendência antissocial (WINNICOTT, 2000).

A deprivação caracteriza-se pela destituição de algum aspecto essencial de sua vida em família, levando ao comportamento antissocial, como roubo, mentira, agressividade, sintomas alimentares, portanto, uma desordem generalizada (HACK, 2008).

Quando no início a criança recebe cuidados adequados que são retirados abruptamente e a perda não é corrigida a tempo de a esperança ser mantida, ocorre uma aflição intolerável. Em um momento posterior, em uma fase de amadurecimento, a criança poderá se dar conta que o ambiente falhou. Portanto, na

deprivação há um sentimento pela perda, levando a uma dissociação, já na privação há um aniquilamento levando a uma cisão (WINNICOTT, 1999).

Para Winnicott, a causa para o comportamento antissocial é a falha ambiental e não da culpa pela conflitiva edípica. É a fragilidade dos relacionamentos entre pais e filhos e com a interação familiar (OUTEIRAL, 2007).

As graduações para comportamento agressivo e destrutivo (Winnicott) apresentaram três níveis a serem avaliados: as manifestações naturais de agressividade, as manifestações da própria tendência antissocial como sinal de esperança e como resultado de privação e o extremo do comportamento delinquente (quando já ocorreu o congelamento emocional) (WINNICOTT, 2000).

Também se pode dizer que há dois tipos de tendência antissocial. Em um, a enfermidade se apresenta em forma de furto ou chamando atenção especial pelo ato de urinar na cama, falta de asseio e outras delinquências menores que, de fato, dão à mãe trabalho e preocupações extras. No outro, há destrutividade, provocando atitudes firmes. No primeiro há perda do cuidado materno, no segundo há falha na interação com o pai, com falta no estabelecimento de limites, necessários para o autocontrole (WINNICOTT, 1984).

Para as teorias do desenvolvimento emocional é feita uma diferenciação do antissocial, que é vista como uma organização defensiva que busca a preservação da esperança e do humano, fruto da decepção e desesperança, e a psicopatia que é uma organização psicótica, na qual não há memória ou traços da experiência humana (VILHENA; MAIA, 2002).

Para estudiosos mais atuais (SAFRA, 2002), o comportamento antissocial é visto como um grupo que reivindica a situação perdida, que procura a experiência constitutiva na rua e não em casa, com um "código de relacionamento e pertencimento ao grupo da rua". O grupo que congela sua esperança busca destruir o que lhes parece mais hipócrita no campo social.

Para a reabilitação de comportamentos antissociais na visão da psicologia psicodinâmica, a criança ou o adolescente necessita de um ambiente cuidador, que deve ser redescoberto e testado pela criança, para experimentar novamente os impulsos e a estabilidade. Um ambiente que proporcione para a criança a possibilidade de trazer os fatos significativos essenciais. Quanto mais precocemente esta criança for atendida, quanto mais próxima do ponto de origem, melhor será o prognóstico (GARCIA, 2005).

O trabalho com a criança deve ter como objetivo chegar ao trauma original da privação e redescobrir no *setting* terapêutico a experiência que foi perdida, fornecendo, assim, uma real confiabilidade, segurança e o reconhecimento do próprio trauma. Os pais também necessitam ser trabalhados, descobrindo e entendendo o significado dos sintomas, restituindo desta forma os cuidados perdidos (WINNICOTT, 1984).

O terapeuta deve ser empático, reconhecer que as angústias se apresentam por meio de atos antissociais, compreender este ato como uma esperança e não como resistência. O ato diz respeito à perda, e o terapeuta deve ter cuidado com a contratransferência para não repetir a privação. A confiabilidade, a continuidade e a compreensão restituirão a esperança quase perdida (HACK, 2008).

O tratamento institucional tem sido o caminho para a delinquência, muitas vezes quando já há um congelamento afetivo, quando a perda total da esperança já ocorreu. A instituição deve fornecer uma estrutura rígida e estável, porém justa e confiável, de controle externo, para conter a confusão (GARCIA, 2005).

Do ponto de vista da psicanálise, o atendimento tem de ocorrer antes que os sintomas cristalizem, antes que percam a esperança, buscando o "tesouro perdido", o relacionamento com as figuras parentais, que foram rompidos ou fragilizados. "É preciso ajudar o paciente a resgatar a esperança, ouvir seu "pranto" e resgatar seu "canto", ou seja, retomar o curso de seu desenvolvimento" (HACK, 2008).

Várias teorias têm tentado analisar e compreender os fatores e a etiologia da delinquência, ou o que pode ser também chamado de comportamento violento juvenil. São teorias dos aspectos socioculturais, dos aspectos biológicos e dos psicológicos. O presente estudo vem apontar que o problema de saúde mental é também um fator relevante.

Quando se estuda o adolescente em conflito com a lei, os fatores de risco e de proteção são temas de fundamental importância, salientando-se que os fatores sociais e os fatores individuais é que deverão ser avaliados.

2.1.6 Estudos epidemiológicos sobre a saúde mental de crianças e adolescentes

As crianças e os adolescentes estão expostos a vários fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. Entre eles, os fatores: biológicos (anormalidades do sistema nervoso central, causadas por: infecções, lesões, desnutrição ou exposição a toxinas); genéticos (história familiar para transtornos mentais); psicossociais (disfunções na vida familiar, psicopatologia em um dos pais, criminalidade paterna e também relações afetivas familiares deficientes); estresses ambientais (morte ou separação dos pais) e exposição a maus tratos e negligência (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999). Somam-se a esses fatores viver em comunidades desorganizadas e escolas inadequadas (IOM, 1994). Ressalta-se que a interação entre os fatores biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais tem impacto negativo sobre o desenvolvimento e consequentemente sobre o comportamento, podendo favorecer o aparecimento de transtornos mentais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem afirmado que os transtornos psiquiátricos com início na infância e na adolescência devem ser uma questão de preocupação em termos de saúde pública. Estudos epidemiológicos retrospectivos em populações adultas, nos EUA, mostraram que a idade de início dos transtornos psiquiátricos foi mais cedo do que se acreditava (BURKE *et al.*, 1990), sendo recentemente confirmado em outro estudo (KESSLER *et al.*, 2005).

Tanto para propósito científico quanto administrativo, os estudos epidemiológicos em psicopatologia infanto-juvenil podem esclarecer diversas questões como desenvolvimento de transtornos mentais durante a infância e a adolescência; impacto do transtorno mental no desenvolvimento normal infantil e efeito do próprio desenvolvimento infantil sobre o transtorno mental. Dados sobre prevalência e incidência são úteis para o planejamento de diferentes níveis de prevenção e de tratamento e contribuem para a avaliação da necessidade, disponibilidade e efetividade de serviços (COSTELLO *et al.*, 1993).

A primeira investigação extensa sobre transtornos mentais na infância e adolescência, *The Underwood Report* (1955), foi realizada por uma equipe de psicólogos que estimaram sua prevalência em diferentes cidades inglesas variando de 4,5% a 12% (DE ALMEIDA FILHO, 1982). No final dos anos 50, surgiu na cidade de Buffalo (EUA) um estudo mais sistematizado e de grande escala. A maior

importância dos seus achados consistiu em mostrar a alta frequência de problemas emocionais e comportamentais em crianças, a diminuição desses problemas com a idade e a discrepância entre os relatos de mães e crianças (RUTTER, 1989).

Estudos prospectivos de coortes, de seguimento em crianças, tiveram início nos anos de 1960, identificando dois grupos de transtornos: aqueles com início na infância e aqueles com início na adolescência (COSTELLO; FOLEY; ANGOLD, 2006). Ainda assim, dados de prevalência de saúde mental na infância e da adolescência permanecem limitados.

A primeira pesquisa sistemática e de grande porte sobre aspectos os diagnósticos psiquiátricos em crianças ocorreu na Ilha de Wight (Reino Unido) (RUTTER, 1989). Dessa vez, a prevalência global, na população entre 5 a 14 anos, ficou em 7%, aproximadamente (DE ALMEIDA FILHO, 1982). Posteriormente, dois estudos, utilizando os mesmos instrumentos, encontraram na área urbana de Londres a maior taxa de prevalência até então, de 25%.

Nos EUA, foi encontrada uma prevalência de desajuste comportamental infantil em torno de 11,8% (GOULD; WUNSCH-HITZIG; DOHRENWEND, 1981). Uma série de estudos rigorosos, realizados em diferentes países (EUA, Nova Zelândia e Porto Rico), mostrou que 17,6% a 22% das crianças e adolescentes mostraram psicopatologia significativa (COSTELLO, 1989). A questão do prejuízo funcional também apresentou taxas de prevalência díspares, variando de 6,88% (LYNCH *et al.*, 2006) a 50% (COSTELLO *et al.*, 1993).

Apesar dos métodos distintos dessas pesquisas, alguns autores encontraram notável consistência nessas taxas de prevalência, estimando que em torno de 20% das crianças têm ao menos um diagnóstico, de acordo com o DSM, e 6% ainda apresentam prejuízo social significativo (COSTELLO, 1989; COSTELLO *et al.*, 1993). Há uma grande variação entre os resultados desses trabalhos, desde menos de 5% até mais de 20%. Variações regionais e a extrema variedade de métodos e definições operacionais são algumas das causas aventadas para essas discordâncias. Reconhecendo a impossibilidade de analisar conjuntamente tal gama de investigações, estimou-se uma taxa de prevalência média em torno de 10% (DE ALMEIDA FILHO, 1982).

Uma meta-análise de 52 estudos realizados usando entrevistas padronizadas, entre os anos de 1890 e 1996, registrou em crianças e adolescentes taxas de prevalência entre 1 a 51%, dependendo do instrumento utilizado para medir

os transtornos psiquiátricos utilizando-se o critério de Rutter's a prevalência foi de 12%, utilizando-se o K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children – K-SADS) encontrou-se a prevalência de 14%, e utilizando-se do instrumento DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children – DISC), a prevalência encontrada foi de 20 a 25% (ROBERTS; ATTKISSON; ROSENBLATT, 1998).

O baixo nível socioeconômico está relacionado a problemas de saúde mental (LIPMAN; OFFORD; BOYLE, 1994). Em Campos do Jordão (São Paulo) foram avaliadas crianças e adolescentes de três áreas distintas e verificou-se que os moradores de favela apresentavam maior taxa de problemas de saúde mental do que os moradores das áreas urbanas e rurais (FLEITLICH; GOODMAN, 2001). Em outro estudo em uma cidade do interior de São Paulo, Taubaté, as crianças de classes sociais mais desfavorecidas (classes D e E) apresentaram mais problemas de conduta e ansiedade-depressão do que crianças de classes sociais mais altas (VITOLLO *et al.*, 2005). No Estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Pelotas, maior taxa de problemas de saúde mental foi encontrada em crianças e adolescentes pertencentes à menor renda (BENVEGNÚ *et al.*, 2005).

Um estudo populacional com crianças e adolescentes, realizado na cidade de Taubaté, no Estado de São Paulo, avaliou a saúde mental de uma amostra de 1.251 escolares das oito séries do ensino fundamental (7-14 anos) (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). A amostra incluiu estudantes de escolas particulares (urbanas) e de escolas públicas municipais e estaduais (urbanas e rurais), e abrangeu estudantes de ambos os sexos e de todas as classes sociais. A média de idade dos escolares foi de 11,0 anos (Desvio Padrão: 2,3 anos), com um predomínio de meninos (53%). Com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV, pelo menos um transtorno psiquiátrico foi identificado em 149 crianças, representando uma prevalência de 12,7%.

Nesse estudo, pais-cuidadores, adolescentes de 11 a 14 anos e professores responderam ao instrumento diagnóstico *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA) ou Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (GOODMAN *et al.*, 2000). O DAWBA é uma entrevista estruturada, que fornece diagnósticos psiquiátricos com base nos critérios do DSM-IV e CID-10 e apresenta propriedades psicométricas satisfatórias. Pode ser aplicada por leigos e deve ser revisada por psiquiatra experiente para que o julgamento clínico determine a existência ou não dos diagnósticos identificados.

Em um estudo epidemiológico de prevalência com objetivo de determinar transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, pelos critérios do DSM-IV, realizado na cidade de Santiago no Chile (VICENTE *et al.*, 2011), foram avaliados indivíduos com idades de 4 a 18 anos selecionados por meio de múltiplos estágios estratificados. Estudantes de pós-graduação de psicologia administraram a versão espanhola do DISC-IV que estima a prevalência dos transtornos psiquiátricos nos últimos 12 meses. Um total de 792 crianças e adolescentes foram avaliados, revelando uma prevalência de 25,4% (20,7% para os meninos e 30,3% para as meninas). A maioria dos diagnósticos correspondeu a transtornos de ansiedade e afetivos. A prevalência foi maior em crianças de 4 a 11 anos (31,9%) do que em adolescentes com idades entre 12 a 18 anos (18,2%). Essa diferença deveu-se principalmente à prevalência dos Transtornos Disruptivos no grupo etário mais jovem. Transtornos de ansiedade apresentaram a maior prevalência, apesar de baixo comprometimento, em contraste com a maioria das crianças e dos adolescentes com prejuízos quando apresentaram transtornos afetivos.

Nesse estudo, o TDAH foi o transtorno mais prevalente entre as crianças, apresentando uma taxa mais alta do que a esperada, sendo 12,6% com prejuízos, considerando que uma prevalência mundial indica uma taxa de 5,3%. Em geral, as taxas na América do Sul não diferem estatisticamente daquelas encontradas na América do Norte ou Europa; portanto, as altas taxas de TDAH em Santiago deverão ser exploradas no futuro (VICENTE *et al.*, 2011).

Os estudos epidemiológicos apontam que a saúde mental apresenta-se mais afetada em locais onde a situação socioeconômica é desfavorecida, ou nos locais de pobreza. Dentre os transtornos psiquiátricos mais comuns na infância e adolescência encontram-se o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e os Transtornos Disruptivos (Transtorno Opositivo Desafiante e Transtorno de Conduta).

2.1.7 Os sinais de alerta

Em estudos etiológicos dos transtornos psiquiátricos, percebe-se a dificuldade para esta avaliação, pois não existe um fator etiológico único para que a doença se desenvolva, sendo necessário estar atento a fatores biológicos,

psicológicos e sociais. Quando a doença ocorre em uma criança, esta avaliação torna-se mais difícil, pois na infância o organismo é dinâmico, sujeito às vicissitudes de uma mudança contínua e de fatores endógenos e exógenos. Assim, deve ser reconhecido que a doença está incidindo em um organismo em pleno crescimento e evolução (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2002).

Os fatores de riscos ambientais mais ressaltados pelos pesquisadores para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos na infância são: viver em zonas socialmente desfavorecidas, maior frequência de famílias monoparentais (sendo criado somente por um dos pais), com mudança frequente de figuras parentais, com maior conflito familiar, mais rejeição, menos expressão afetiva, mais problema com a comunicação, mais abuso, menos apoio, pais com uso de substâncias (álcool e outras drogas), psicopatologia em um dos pais e problemas conjugais (WHITTINGER *et al.*, 2007; KLEIN *et al.*, 2005).

Antes de diagnosticar uma doença em uma criança, é necessária uma exaustiva investigação, com uma anamnese minuciosa de todas as fases do desenvolvimento, também com a observação das relações estabelecidas pelos pais e (ou) cuidadores, avaliando a qualidade desta relação e o quê desta relação pode estar implicado nos sintomas que a criança apresenta. Faz-se necessária, ainda, uma observação direta da criança, lembrando que muitas vezes ela não utiliza a linguagem como veículo de comunicação e, portanto, a observação será realizada na qualidade com que a criança estabelece a relação, sua forma de brincar, sua desenvoltura, as estratégias e seu comportamento durante o contato. Quanto mais informações obtidas, mais fidedigna a avaliação (cuidadores, parentes, incluindo avós, escola e comunidade). E nunca deve-se deixar de lado a história familiar dessa criança também em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O diagnóstico psiquiátrico na infância é complexo, necessita de vários conhecimentos; também deve ser refletido o porquê e para quem deve servir este diagnóstico. O diagnóstico deve ser compreensivo, avaliando a situação atual do paciente e a repercussão futura do problema (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2002).

Para um diagnóstico compreensivo, é necessária uma equipe multidisciplinar, no qual cada profissional contribuirá com uma "peça" do quebra-cabeça diagnóstico, sem perder a dimensão humanística e compreensiva do mesmo, buscando-se uma compreensão de cada criança e dessa forma orientando a melhor abordagem, de preferência transdisciplinar.

Igualmente é importante para esse diagnóstico o conhecimento sobre a normalidade e a doença, o conhecimento do desenvolvimento normal no que se refere ao crescimento físico, o desenvolvimento neurológico, o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento emocional da criança, levando em consideração que nenhuma teoria será capaz de dar conta de todos os aspectos do desenvolvimento infanto-juvenil (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2002).

Para serem observados os sinais de alerta, inicialmente é necessário estabelecer uma relação empática com a criança e seus pais. Uma das formas de observação são os sintomas internalizantes e externalizantes, avaliando as habilidades sociais, pois a competência social é indicador do ajustamento psicossocial e de perspectivas positivas para o desenvolvimento. Já quando o repertório social é empobrecido, devem ser observados sintomas ou correlatos de problemas psicológicos ou psiquiátricos (DEL PRETTE; DEL PRETTE; SOUZA, 2005).

A competência social na infância tem uma correlação positiva com o funcionamento adaptativo, o rendimento acadêmico, a responsabilidade, a independência e a cooperação (DEL PRETTE; DEL PRETTE; SOUZA, 2005).

Quando os déficits das habilidades sociais aparecem por meio de sintomas externalizantes, devem ser avaliados dentro de um construto psicopatológico e comportamental. O comportamento se expressa predominantemente em relação às outras pessoas, mediante comportamentos agressivos físicos e (ou) verbais, impulsivos, opositores ou desafiantes, muitas vezes com quebra das regras. As doenças que manifestam sintomas externalizantes são: o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o Transtorno Opositivo Desafiante e o Transtorno de Conduta. Esses transtornos são os que mais trazem preocupações aos pais e aos educadores.

Já quando os déficits sociais são observados por meio dos sintomas internalizantes, expressam-se em relação ao próprio indivíduo. São identificáveis em: depressão, ansiedade, isolamento social e fobia social. Dependendo da idade, as crianças podem apresentar diferentes sintomas, crianças de baixa idade podem ser muito chorosas, com sintomas somáticos e irritabilidade, com recusa de ir à escola (LIMA, 2004).

Nos transtornos de ansiedade são observadas preocupações excessivas com afazeres, problemas de saúde (queixas somáticas) e com o tempo disponível

para realizar as tarefas. Também apresentam irritabilidade, tensão muscular, crítica excessiva e dificuldade de concentração (APA, 1995).

Quanto aos sintomas depressivos na infância, em 90% dos casos há um fator precipitante. Podem ser percebidos pelas dificuldades em várias áreas do funcionamento adaptativo, com perda de interesse e prazer pelas atividades usuais, mostram-se chorosos, com dificuldade de concentração, autorrecriação, desesperança, sentimento de inutilidade e fadiga, anorexia e perda de peso, sendo o mais comum, que comer em excesso e ganho de peso. Podem também apresentar queixas somáticas como dor de cabeça e de estômago, cansaço, náusea e insônia (insônia inicial é mais comum do que despertar cedo) (SHAFFER, 2005).

Os sintomas depressivos podem estar associados a sintomas de ansiedade, sendo observados isolamento social e desempenho pobre em habilidades sociais. Com dificuldades de estabelecer diálogos e de expressão de sentimentos, essas crianças sentem-se desconfortáveis e inseguras nos contatos sociais, podendo apresentar ansiedade de separação, irritabilidade, frustração, crises de raiva, apatia e desinteresse, com falta de cooperação, com retraimento familiar e de amigos e, algumas vezes, com alucinações auditivas (MALHOTRA; DAS, 2007)

Quando associados à ansiedade e depressão, são percebidas dificuldades em situações em que a criança precisa falar de si, expressar afeição ou desagrado, defender seus próprios direitos e aceitar ou refutar críticas. A mera possibilidade de exposição social pode provocar reações fisiológicas (DEL PRETTE; DEL PRETTE; SOUZA, 2005).

Os transtornos associados aos problemas externalizantes também são chamados de Transtornos Disruptivos, que são: o Transtorno de Conduta, que se manifesta pelo comportamento antissocial, com violação dos direitos básicos da outras pessoas e das normas sociais ou das leis. O Transtorno Opositivo Desafiante manifesta-se por comportamentos agressivos ou opositores, principalmente com as figuras de autoridade.

Também o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade apresenta sintomas externalizantes, sendo os sintomas principais a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade. Todos os comportamentos dos transtornos acima citados causam grave prejuízo, com padrão repetitivo e persistente (APA, 1995).

O desenvolvimento e o tratamento de crianças com problemas comportamentais e emocionais, particularmente os problemas externalizantes, têm

sido objeto de atenção de muitos pesquisadores, devido à natureza grave, invasiva e cara para as comunidades. Intervenções destinadas a melhorar o prognóstico, em longo prazo, de crianças com problemas comportamentais e emocionais, incluem psicoterapia focada na criança, tais como treinamento de habilidades para resolução de problemas e treinamento de habilidades parentais para os cuidadores das crianças. Nenhuma intervenção individual tem se mostrado eficaz na estabilidade em crianças com problemas comportamentais e emocionais clinicamente significativos (HEMPHILL; LITTLEFIELD, 2006).

Os sinais de alerta para os transtornos externalizantes em crianças pré-escolares são as agressões, os acessos de raiva, as desobediências e os problemas significativos na pré-escola ou no cuidado diário da criança (BREITENSTEIN; HILL; GROSS, 2009). Os déficits da competência social dos sintomas externalizantes são observados pelo baixo autocontrole, pela falta de empatia, percepção equivocada dos fatos, percepção equivocada das normas, condutas desafiantes, comportamento opositor e voltado para objetivos imediatos. Em geral, são acompanhados de alterações de funções executivas cerebrais, com alterações na memória de trabalho, na autorregulação, na flexibilidade e nas habilidades para resolver problemas (planejamento e organização). A criança apresenta dificuldade de discernir as consequências, baseando-se em experiência prévia, não antecipando as consequências dos atos (RIGAU-RATERA, GARCÍA-NONELL; ARTIGAS-PALLARES, 2006b).

As características das crianças com comportamentos externalizantes e de seus familiares é que irão influenciar a resposta das intervenções: dificuldade do temperamento da criança, tendência a hostilidade e má solução de problemas, com respostas agressivas das crianças, práticas parentais ineficazes, interações pais-filhos com níveis baixos de calor e afeto, psicopatologia dos pais, em particular depressão e desvantagem familiar socioeconômica influenciam negativamente no tratamento (HEMPHILL; LITTLEFIELD, 2006).

Finalmente, é provável que entre as crianças mais velhas e adolescentes exista uma relação de transição entre os comportamentos externalizantes, aumentando a sua exposição à violência da comunidade (LYNCH; CICCHETTI, 1998).

Os sinais de alerta para os transtornos psiquiátricos na infância, normalmente, já podem estar presentes na fase pré-escolar, por isso o diagnóstico precoce pode ser um fator protetor para as próximas fases do desenvolvimento. O

importante é conhecer o desenvolvimento normal de uma criança, pois muitos sintomas podem mimetizar comportamentos normais conforme a fase do desenvolvimento. O que delineará uma doença será a intensidade do sintoma e principalmente o prejuízo que causa para a própria criança, para as famílias e nas suas relações sociais e ocupacionais.

As intervenções terapêuticas mais acertadas estão vinculadas a uma boa avaliação. Para as crianças, na maior parte das vezes, a intervenção psicoterapêutica é a primeira escolha, mas pode ser necessária a utilização de psicofármacos, que devem ser utilizados conforme o nível de evidências científicas.

As reavaliações devem ser contínuas, pois a criança é um ser em pleno e dinâmico desenvolvimento físico, emocional e social.

Observar os sinais de alerta no comportamento das crianças e dos adolescentes e oferecer um atendimento adequado a cada situação são medidas de prevenção do desenvolvimento de comportamentos violentos que podem evitar consequências negativas individuais, familiares e sociais.

A compreensão global do que ocorre com a criança é de fundamental importância e para isso deve-se ter amplo conhecimento do que pode contribuir para o desenvolvimento dos comportamentos internalizantes e externalizantes. No que concerne aos adolescentes em conflito com a lei, um dos aspectos importantes de conhecimento é sobre as influências do funcionamento cerebral e o comportamento violento.

2.1.8 O cérebro e a violência

Por uma provável ruptura do sistema neural, ocorre uma ruptura cognitiva e emocional da moralidade, levando a alterações do pensamento de autorreferência e regulação emocional que tem como consequência a quebra de regras (RAINE; YANG, 2006).

O transtorno de personalidade antissocial está associado à significativa disfunção intra e interpessoal caracterizada pelo desrespeito e violação dos direitos dos outros e pelo comportamento agressivo e criminal (APA, 1995).

Os indivíduos com problemas de comportamento violento podem apresentar problemas do controle de impulso (externalização), sendo, então, observados comportamentos agressivos e aditivos ou prejuízos nos circuitos regulatórios da afetividade, verificando-se a falta de emoção acompanhada por problemas agressivos e violentos (PATRICK, 2008).

As formas de agressão podem ser afetivas (reativas, defensivas ou impulsivas), que é uma forma de agressão provocada pelos outros, vem carregada de emoção e trata-se de uma retaliação. Também pode ser uma agressão predatória, instrumental ou proativa, na qual se observa falta de emoção; é intencional e orientada para metas e tem como objetivo alcançar o domínio ou o controle dos outros (DOLAN, 2010).

Os achados fisiológicos delineados de pessoas agressivas, principalmente aquelas a quem faltam emoção e possuem metas, são muitas vezes uma baixa frequência cardíaca basal, uma atividade eletrodermal diminuída, um aumento das atividades das ondas lentas no EEG e um potencial de resposta do P300 reduzido (PATRICK, 2008).

No TC que resulta de déficits de função executiva e emocional, que leva a dificuldades na tomada de decisão, verificam-se deficiências no córtex frontal ventromedial (BECHARA *et al.*, 1994). O TC também está associado à redução da amígdala e da ínsula anterior (STERZER *et al.*, 2007) e alterações neuropsicológicas em conformidade com disfunção da amígdala putativa (FAIRCHILD *et al.*, 2008).

Há estudos associando a forma de violência e as regiões cerebrais envolvidas; a amígdala é o *locus* primário da disfunção em indivíduos com psicopatia que se engaja com agressão instrumental e a disfunção no córtex órbito-frontal (COF) e está associada ao comportamento impulsivo-agressivo (DOLAN, 2010).

Os principais achados de neuroimagem correlacionados à agressão e violência apontam o córtex pré-frontal, o córtex cingulato anterior e a amígdala como regiões reguladoras dos estados afetivos (raiva) (PATRICK, 2008).

Em estudos com indivíduos com comportamentos antissociais, violentos e psicopatas, através de imagens das anormalidades estruturais do cérebro, que ocasionam anormalidades emocionais, cognitivas e comportamentais e que são responsáveis por comportamentos violentos, observaram-se alterações no lobo frontal (córtex órbito-frontal e cortex pré-frontal dorso lateral), lobo temporal (gyrus

temporal superior/amígdala/hipocampo) e em outras áreas do cérebro (lobo parietal/gyrus angular/córtex cingulato) (RAINE; YANG, 2006).

Em estudo do lobo frontal foram encontrados metabolismo reduzido de glicose em assassinos em região pré-frontal e nas regiões órbito-frontal, frontal antero-medial e frontal anterior esquerda (RAINE *et al.*, 1994). Outro estudo relacionado a comportamento agressivo impulsivo, em pacientes com comportamento antissocial e agressivo, encontrou fluxo sanguíneo cerebral reduzido em lobo frontal em tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) (SODERSTROM *et al.*, 2002).

Foram observadas no córtex órbito-frontal (COF), quando ocorrem lesões nesta área, desinibição, impulsividade e desconcentração (BROWER; PRICE, 2001). Também se identificou metabolismo de glicose reduzido em tomografia por emissão de pósitrons (PET) em COF e córtex pré-frontal (CPF) medial em pacientes impulsivos (SIEVER *et al.*, 1999).

Quando há prejuízos no córtex pré-frontal dorso lateral são observados problemas de planejamento, atenção, tomada de decisão e perseveração de respostas (MANES *et al.*, 2002; GOMEZ-BELDARRAIN *et al.*, 2004)). Também se verificou diminuição do metabolismo em córtex pré-frontal dorso lateral em crianças agressivas com epilepsia (JUHÁSZ *et al.*, 2001).

Em pesquisa sobre o lobo temporal (LT), por meio de ressonância magnética, foi constatado menor volume da substância cinzenta em crianças com TC (KRUESI *et al.*, 2004). Quando utilizado SPECT, constatou-se diminuição do funcionamento em LT em pacientes agressivos (AMEN *et al.*, 1996). Apontou-se, também, diminuição do metabolismo em LT medial em pacientes psiquiátricos com comportamentos violentos repetidos (VOLKOW *et al.*, 1995).

Em estudos da amígdala cerebral, utilizando-se ressonância magnética espectroscópica, observou-se diminuição no metabolismo no complexo amígdala-hipocampal direita em pacientes violentos (CRITCHLEY *et al.*, 2000). Em outro estudo foi encontrada ativação diminuída durante estímulos afetivos em psicopatas criminosos (KIEHL *et al.*, 2001) em psicopatas e adolescentes com TC (STERZER *et al.*, 2005).

No hipocampo foram encontradas anormalidades da integridade funcional em assassinos (RAINE *et al.*, 1998), psicopatas criminosos (KIEHL *et al.*, 2001) e criminosos violentos (SODERSTROM *et al.*, 2000). Também redução do volume em

psicopatas (RAINE *et al.*, 2004) e em pacientes psiquiátricos violentos (BARKATAKI *et al.*, 2006).

Pesquisando-se o lobo parietal observou-se diminuição do metabolismo em pacientes com demência e que apresentavam agressividade (HIRONO *et al.*, 2000), em indivíduos assassinos (RAINE; BUCHSBAUM; LACASSE, 1997). Identificou-se, também, redução da ativação do metabolismo de glicose no gyrus angular de criminosos violentos e impulsivos (SODERSTROM *et al.*, 2000) e da ativação no córtex cingulado posterior em psicopatas criminosos (KIEHL *et al.*, 2001).

Interpretando todos esses achados de imagem cerebral conclui-se que, quando ocorre uma disfunção no COF, o indivíduo apresentará alterações como: pobre controle inibitório, dificuldades na tomada de decisão emocional, bem como no processamento de recompensa e punição (RAINE; YANG, 2006).

Mediante as alterações de imagem no córtex pré-frontal dorso-lateral (CPFDL), interpreta-se que os indivíduos apresentam perseveração de respostas (ao longo da vida uma "porta giratória" do comportamento antissocial e repetidas punições), pobre planejamento e (ou) organização em consequência de graves disfunções ocupacionais e sociais (RAINE; YANG, 2006).

Na presença de alterações na amígdala, o indivíduo apresenta resposta pobre ao medo condicionado, prejuízos na memória para reconhecer expressões faciais de medo e raiva, déficits na aprendizagem e no processamento emocional e, em consequência disso, observa-se uma insensibilidade (FAIRCHILD *et al.*, 2009)

Quando a disfunção ocorre em hipocampo, o indivíduo apresenta dificuldades na regulação da emoção e nas respostas aos medos condicionados. No córtex temporal, leva a problemas de linguagem e memória. No cíngulo anterior, transtornos em funções autonômicas e regulação da emoção. No gyrus angular, prejuízos na leitura e aritmética predispondo a falências escolares e ocupacionais (RAINE; YANG, 2006).

O papel do ambiente social, por meio das influências psicossociais, traz modificações estruturais no DNA, que tem influência no funcionamento neuronal, desencadeando o comportamento violento (RAINE, 2008).

A ação hormonal sobre a violência, principalmente a testosterona, que aumenta a agressividade, não se mostrou consistente, somente quando somadas a outros fatores como situação socioeconômica baixa, sofrer abuso e negligência e viver em situações ambientais negativas (RAINE; YANG, 2006).

As doenças psiquiátricas que apresentam inibição do funcionamento do lobo frontal e que são responsáveis por agressividade são TDAH, Transtorno de Personalidade *borderline*, TEPT, Transtorno do Uso e Abuso de Substâncias, Transtorno de Personalidade Antissocial e psicoses (SIEVER, 2008).

O tratamento farmacoterápico pode ser uma das alternativas, os anticonvulsivantes diminuem a irritabilidade límbica, os neurolépticos atípicos diminuem a atividade dopaminérgica subcortical, os antagonistas opióides diminuem os níveis cerebrais destes. Já os medicamentos que aumentam o freio inibitório frontal são os ISRS, os neurolépticos atípicos e os estimulantes (SIEVER, 2008).

A medicação vem sendo utilizada em várias alterações comportamentais, mas ainda há uma relutância em utilizá-la para tratar o comportamento agressivo e antissocial, apesar das evidências positivas do seu uso. A violência traz muito sofrimento, portanto, todos os conhecimentos e recursos precisam ser utilizados a fim de amenizar o crime e a violência, e assim também é necessário tratar os fatores biológicos (RAINE, 2008).

As interações sobre a genética, o funcionamento cerebral e o ambiente, no desenvolvimento do comportamento violento, ainda necessitam ser melhor entendidos. Muitas vezes o comportamento violento pode estar relacionado a problemas da saúde mental. Uma peça importante do quebra-cabeça, para entendimento da saúde mental, são os estudos genéticos, que contribuem para o entendimento do desenvolvimento dos transtornos mentais e seu impacto, assim como auxiliam nos programas de prevenção e intervenção.

2.1.9 A genética da violência

Ainda permanecem pobremente entendidas as interações entre a genética e o ambiente no desenvolvimento da violência (MOFFITT, 2005). O comportamento violento e antissocial é observado em criminosos violentos e no transtorno da personalidade antissocial (TPA), que quebram regras e muitas vezes são incapazes de seguir orientações morais (RAINE; YANG, 2006), mas também pode estar presente em alguns transtornos psiquiátricos, tais como: a esquizofrenia, a

depressão suicida, o TDAH, os Transtornos Disruptivos (TOD e TC) e transtornos de personalidade.

No desenvolvimento de estudos dos genes, do cérebro à violência, presume-se que as anormalidades genéticas ocasionam anormalidades estruturais do cérebro e em consequência manifestam as anormalidades emocionais-cognitivas-comportamentais (RAINE, 2008).

Estudos de gêmeos adotados estimam moderada hereditariedade e moderada influência ambiental para comportamento violento (RHEE; WALDMAN, 2002).

A genética e os comportamentos antissociais, os resultados encontrados ao TC e TPAS realizados até agora não são consistentes (STALLINGS *et al.*, 2005). Os genes estudados foram: os genes da regulação da neurotransmissão monoaminérgicos (genes catecolaminérgicos e serotoninérgicos), genes da síntese do óxido nítrico (NOS-I) (REIF, 2010). Também são pesquisados a dopamina, os genes variantes do receptor D2 (DRD2) e o receptor D4 (DRD4) (CONGDON; LESCH; CANLI, 2008), bem como o gene da catecol-o-metiltransferase (COMT) (VOLAVKA; BILDER; NOLAN, 2004).

Portanto, existe uma suscetibilidade genética (COMT, MAOA, 5H-TT, TPH2, NSO1), juntamente com penetrantes e protetores ou estressores situacionais. Os fatores protetores podem ser: alta inteligência, ambiente emocional positivo, adequação dos pais e valores culturais. Os fatores estressantes, por sua vez, incluem: baixa inteligência, déficits neurológicos, inadequação dos pais, privação, reações inadequadas e disponibilidade de drogas. Portanto, podem haver fatores penetrantes e protetores, assim como penetrantes e estressores para o comportamento disruptivo como a má adaptação social, a emocionalidade, a auto-organização, o controle de impulso, a agressividade e a violência.

Existem os genes candidatos para o comportamento violento, são os genes da regulação da neurotransmissão monoaminérgica (genes catecolaminérgico e serotoninérgico) (KIM-COHEN *et al.*, 2006), genes da síntese do óxido nítrico (NOS-I) (REIF, 2010), da dopamina e os genes variantes receptor D2 (DRD2) e receptor D4 (DRD4) (CONGDON; LESCH; CANLI, 2008) e o gene da catecol-o-metiltransferase (COMT) (VOLAVKA; BILDER; NOLAN, 2004).

Na relação da violência, os genes serotoninérgicos (o gene da MAO-A, o gene (5HTTLPR), o gene (TPH2), o gene (5HTR1a e 5HTLPR)) e o ambiente afetam

os circuitos neurais do sistema serotoninérgico central, trazendo alterações da cognição, da emoção e da agressão, sendo responsáveis pelo comportamento agressivo (RETZ; ROSLER, 2009).

O gene da MAO-A é um dos genes mais relacionado ao comportamento agressivo. As crianças que sofrem maus tratos apresentam maior risco para desenvolver TC, comportamento violento e TPA (no adulto). Em um estudo com essas crianças que sofreram maus tratos, foi constatado que os alelos longos do gene da MAO-A são protetores para o comportamento agressivo e os alelos curtos da MAO-A predis põem ao desenvolvimento de comportamento violento (KIM-COHEN *et al.*, 2006).

Entre os fatores biológicos são descritos: as cadeias de DNA – C57BL/10 e BALB/c, a agressividade que nos monozigóticos tem uma concordância de 35% e para os dizigóticos de 13%, os altos níveis de testosterona que levam à inibição da MAO e consequentemente a baixos níveis de serotonina. Ainda, altas taxas de acetilcolina nas regiões do hipotálamo, tálamo, hipocampo, amígdala e área cingular são responsáveis pela agressividade e também pelas dietas baixas em nutrientes que levam a uma diminuição da taxa de triptofano, resultando em uma diminuição de serotonina, aumentando a agressividade (RENFREW, 1997).

2.1.10 Fatores de proteção para a violência

Os fatores associados com menores níveis de violência e agressão são: o intelectual, o comportamental, o cognitivo e o social. Os fatores de proteção apontados são: temperamento positivo da criança, inteligência acima da média, competência social, suporte dos pais, proximidade da família com um ambiente adequado de regras, relacionamento adequado com pares e com outros adultos significativos, instituições com as quais as crianças mantem contato e habilidades de resolução de problemas (WERNER, 2005). Somam-se a esses fatores as percepções dos estudantes no tocante ao apoio social, a supervisão dos pais e a participação em sala de aula. Daí a importância de manter os alunos envolvidos com os trabalhos acadêmicos, bem como a ajuda para que eles desenvolvam as habilidades necessárias para a realização dos mesmos (MORRISON *et al.*, 2001).

Embora enfocar os fatores de risco seja importante, examinar os fatores de proteção que reduzem o risco de delinquência, identificando as intervenções que são possíveis de serem trabalhadas, é fundamental. Por exemplo, alguns fatores comuns de proteção contra a delinquência infantil e comportamento disruptivo são: pertencer ao sexo feminino, comportamentos pró-sociais (tais como empatia) durante os anos pré-escolares e bom desempenho cognitivo (por exemplo, adequado desenvolvimento da linguagem e bom desempenho acadêmico). A proporção entre os fatores de proteção e os fatores de risco tem uma influência significativa sobre a delinquência infantil e os fatores de proteção podem compensar a influência da exposição das crianças a múltiplos fatores de risco, como crianças com comportamentos pró-sociais (como a ajuda, de partilha e cooperação), avaliados por professores, pareceu ser um fator de proteção, especialmente para aqueles que com fatores de risco para cometer crimes violentos e contra propriedades antes da idade de 13 anos (WASSERMAN *et al.*, 2003b).

2.1.11 Prevenção e Intervenção

Vários tipos de programas fornecem intervenções baseadas na família. Relato de visitas de enfermeiros em casa de mulheres solteiras (OLDS *et al.*, 1998), que viviam agregadas a familiares em condições socioeconômicas baixas, durante a gravidez até o fim do segundo ano após o nascimento, demonstra que essas visitas, posteriormente, tiveram um efeito positivo sobre os relatórios das crianças de 15 anos, no que diz respeito à prisão, às condenações, às violações de liberdade vigiada, ao consumo de álcool, na atividade sexual e na fuga de casa. Os relatórios anteriores (OLDS *et al.*, 1986; OLDS *et al.*, 1997) mostraram que essa intervenção também reduziu a incidência de prejuízos na infância, o abuso infantil e a negligência.

Focar nos primeiros anos de vida das crianças é essencial; estando atento às falhas de socialização que levam à delinquência juvenil e, eventualmente, a um comportamento criminoso na idade adulta. O controle de impulso é necessário para evitar problemas, e é aprendido em grande parte durante os anos pré-escolares; a melhor época para ajudar aqueles que têm dificuldade em adquirir esse controle

seria durante esse "período sensível" da primeira infância. É difícil imaginar que as intervenções mais tardias venham a ter quase tanto efeito quanto aquelas. Em vez de olhar para o aparecimento de comportamentos de agressão e antissocial de crianças quando entram na escola, é mais importante concentrar-se na idade pré-escolar, quando claramente muito do desenvolvimento de controle de impulso já está ocorrendo (BROIDY *et al.*, 2003).

Até o final do terceiro ano de vida, as crianças podem expressar toda a gama de emoções humanas, incluindo a raiva, o orgulho, a vergonha e a culpa. Pais, professores e até mesmo os pares afetam a expressão emocional na socialização da criança e, portanto, podem ajudá-la a aprender a gerir emoções negativas de forma construtiva (WASSERMAN *et al.*, 2003b).

Muitas intervenções baseadas na família se concentram em questões como a violência conjugal, completo desrespeito às crianças em conflitos de divórcio ou lidar com eles apenas no abstrato. Por outro lado, as intervenções para reduzir a agressividade em crianças pequenas nem sempre são o alvo das questões familiares, como violência doméstica ou psicopatologia parental, que podem contribuir para os problemas do comportamento da criança. Focar abordagens na base familiar como Treinamento de Manejo dos Pais (WASSERMAN *et al.*, 2003b) ajuda a reduzir o risco de más práticas de manejo familiar e comportamentos abusivos fisicamente, o que pode contribuir para comportamentos antissociais em crianças. No entanto, a falta de sensibilidade à co-ocorrência de fatores de risco tem, em geral, levado a intervenções que são muito focadas. Como resultado, elas não conseguem resolver adequadamente as múltiplas fontes de risco para as crianças na vida familiar.

Os programas de prevenção e intervenção devem reconhecer a fase do desenvolvimento da criança. Para as crianças menores devem ser apresentados de uma forma que elas possam compreendê-los. Já os programas para os adolescentes devem reconhecer que estes necessitam de uma maior independência, bem como considerar as pressões que sentem pelo fato de ser um adolescente (DAANE, 2003)

A empatia também contribui para as crenças de eficácia para evitar a violência. Essa associação parece ser mais forte entre as meninas do que entre os meninos. Atenção e compreensão dos estados emocionais aparentemente permitem

uma maior confiança que se pode negociar em situações de violência sem brigas corporais e, por sua vez, reduzem o comportamento violento (JAGERS *et al.*, 2007).

Programas de prevenção da violência devem abordar o desempenho acadêmico e os problemas de comportamento, porque estes são frequentemente os primeiros indicadores de violência no futuro (DAANE, 2003).

Intervenções para reduzir comportamentos antissociais associados à influência dos pares devem se concentrar na redução de contato com pares desviantes para jovens predispostos a comportamentos antissociais e na promoção do desenvolvimento de habilidades pró-sociais – por exemplo, habilidades de resolução de conflitos entre colegas (HAWKINS; WEIS, 1985). Estudos têm mostrado que o treinamento de pares de relações (em combinação com o treinamento dos pais) reduz o envolvimento das crianças com os pares desviantes durante a pré-adolescência, contribuindo assim para protegê-los do subsequente envolvimento em atividades delinquentes (WASSERMAN *et al.*, 2003b).

Os programas de prevenção de drogas, álcool, tabaco e violência são de fundamental importância, pois grupos de delinquentes juvenis violentos são, geralmente, usuários de drogas, que são responsáveis por crimes graves (DAANE, 2003).

A discussão sobre o porte de armas tem que fazer parte dos programas de prevenção e intervenção, com a conscientização das crianças e adolescentes, assim como daqueles que podem obter as armas e fornecê-las. Esforços devem ser realizados para que os lares, a escola e a comunidade sejam lugares seguros, mantendo as armas de fogo longe das mãos das crianças e dos adolescentes (HENRICH; BROOKMEYER; SHAHAR, 2005).

Os programas de prevenção e intervenção devem refletir as necessidades das crianças, da comunidade, da escola e da família. Os programas bem-sucedidos são flexíveis e baseados no conhecimento do problema da violência e da violência relacionada aos comportamentos entre os jovens. Devem ser abrangentes, olhando para a criança ou o adolescente como uma pessoa em sua integralidade, não apenas isolando o problema de comportamento (DAANE, 2003).

A intervenção deve estar voltada para cada criança ou adolescente, de forma individual, e o aconselhamento pode ser necessário, oferecido juntamente com melhora nas habilidades interpessoais, aulas de formação, resolução de conflitos e, conseqüentemente, melhorando a autoestima, as habilidades para

solução de problemas e também a educação para abuso de substâncias (DAANE, 2003).

Uma prevenção bem-sucedida e programas de intervenção não podem ser de um tamanho único para todos os programas, devem ter uma amplitude para abarcar variadas necessidades e problemas. Um dos pontos importantes que podem ajudar nas intervenções precoces são os sinais de alerta, que se verificam por meio dos comportamentos das crianças na primeira infância ou no início da idade escolar.

Em qualquer programa de prevenção e intervenção nos transtornos psiquiátricos da infância, deve-se estar atento aos sinais de alerta, isto é, para os sinais que podem predizer um problema futuro, os que aparecem em fases precoces, como na fase pré-escolar e início da escolaridade. Para realizar esta avaliação, é muito importante o conhecimento sobre a complexidade das doenças, principalmente quando incide em uma criança, que é um ser em pleno desenvolvimento e com modificações contínuas.

2.2 OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

2.2.1 Transtorno de Ansiedade

A ansiedade é uma emoção normal e muitas vezes importante no desenvolvimento. Para delinear o que é o patológico leva-se em conta o tempo necessário para que se estabeleça o diagnóstico, que é de quatro semanas no DSM-IV, resultando em uma incapacidade significativa no funcionamento social e ocupacional (APA, 1995).

O Transtorno de Ansiedade é um dos transtornos mais comuns dos transtornos psiquiátricos (KESSLER *et al.*, 1994). Estima-se nos Estados Unidos que entre 10 e 15% das crianças e dos adolescentes sejam afetados por um Transtorno de Ansiedade. Frequentemente está associado a outros quadros, como transtornos depressivos, distímia, TDAH, Transtorno de Tourette e Transtorno de Uso de Substâncias (no adolescente e no adulto) (MANCINI *et al.*, 1999; PINE, 1999). O Transtorno de Ansiedade tem início geralmente na infância e adolescência e

apresenta um curso crônico na idade adulta (CHORPITA; ALBANO; BARLOW, 1998). Pesquisas têm demonstrado consistentemente o impacto negativo da ansiedade na infância e na adolescência em uma gama de variáveis psicossociais, incluindo o desempenho escolar e o funcionamento social (LAST *et al.*, 1992; VAN AMERINGEN; MANCINI; FARVOLDEN, 2003).

Em crianças mais jovens, os transtornos de ansiedade geralmente se apresenta com recusa escolar crônica, resultando em dificuldades acadêmicas e sociais significativas (BERG, 1992). Em crianças mais velhas e adolescentes, o Transtorno de Ansiedade aumenta o risco de baixo desempenho escolar ou de abandono prematuro da escola (KESSLER *et al.*, 1995).

Estudantes que abandonam a escola prematuramente constituem um fenômeno com grande impacto social e implicações econômicas (KESSLER *et al.*, 1995). Muitos fatores contribuem para que os estudantes abandonem ou não consigam prosseguir nos estudos, mas o Transtorno de Ansiedade pode ser determinante para o abandono da escola e para o mau desempenho. O TC é um dos mais importantes para o abandono da escola nos homens, enquanto o transtorno de ansiedade é o mais importante nas mulheres (KESSLER *et al.*, 1995).

Algumas evidências sugerem que pessoas com fobia social tendem a abandonar a universidade prematuramente. De acordo com o DSM-IV (APA, 1995), a fobia social é definida como um marcado e persistente medo de uma ou mais situações sociais ou de *performance*, nas quais a pessoa é exposta a pessoas desconhecidas ou pela possibilidade de escrutínio por outros. Os medos individuais contribuem para que ele ou ela possam agir de forma que lhe seja humilhante ou embaraçosa. Situações tipicamente evitadas pelos fóbicos sociais incluem falar em público; falar em reuniões ou em pequenos grupos; fazer uma apresentação; frequentar reuniões sociais; comer, escrever ou trabalhar na frente de outras pessoas; e lidar com figuras de autoridade.

Pessoas com fobia social relatam pobre *performance* no emprego, reduzida interação social e mais dificuldades na escola durante a adolescência. Quando associada à depressão, tem efeitos deletérios sobre a saúde e a qualidade de vida (STEIN; KEAN, 2000).

Em uma revisão atual sobre os comportamentos antissociais em crianças e adolescentes, centrando-se no desenvolvimento das crianças com subtipo de início precoce do TC, observa-se que normalmente estão ligados a alto risco para o

desenvolvimento de um transtorno de personalidade antissocial. Observa-se que o sistema de estresse autonômico parece ter um impacto importante sobre os sintomas e o prognóstico de indivíduos antissociais. Enquanto uma hipoexcitabilidade e reatividade autonômicas parecem estar associadas a mais agressividade proativa, possivelmente, a ansiedade constitui uma característica de proteção (VLOET *et al.*, 2010).

Além disso, o impacto da comorbidade do TDAH e o Transtorno de Ansiedade sobre o comportamento antissocial devem ser avaliados, podendo o traço de ansiedade ajudar a especificar as oportunidades terapêuticas, melhorando a suas eficiências (VLOET *et al.*, 2010).

2.2.2 O Transtorno de Humor

2.2.2.1 Depressão na adolescência

Estudos epidemiológicos demonstram um aumento progressivo das manifestações depressivas entre os jovens nas últimas décadas, tornando os estudos sobre esse tema um dos principais interesses dos pesquisadores. As pesquisas neste campo têm sido direcionadas para examinar a epidemiologia, as causas, o curso, as sequelas e as respostas aos tratamentos. O desenvolvimento psicopatológico do Transtorno Depressivo deve ser compreendido dentro dos componentes biológicos, psicológicos e sociais, para as implicações para a prevenção e a intervenção (CICCHETTI; TOTH, 1998).

Entre adultos, o Transtorno Depressivo é muito comum e tende a co-ocorrer com outros transtornos mentais graves, incluindo abuso de substâncias, Transtornos de Ansiedade e esquizofrenia. Está fortemente associado ao suicídio, sendo uma das causas de morte entre os adolescentes (CICCHETTI; TOTH, 1998).

A ocorrência de sintomas depressivos não pode ser necessariamente considerada um diagnóstico psiquiátrico, uma vez que o humor deprimido pode ser entendido como um contínuo que varia desde uma resposta adaptativa até a incapacitação física e cognitiva e a prática de comportamentos suicidas. Portanto,

para o diagnóstico de Transtorno Depressivo os sintomas devem implicar um sofrimento clinicamente significativo, com prejuízo no funcionamento social ou ocupacional (APA, 1995).

Adolescentes deprimidos mostram bem mais desesperança, sensação de desamparo, falta de energia, fadiga, hipersonia, perda de peso e comportamento suicida, juntamente com estes sintomas apresentam culpa inapropriada, dificuldade de concentração e baixa autoestima. Conseguem relatar claramente sentimentos depressivos, além da desesperança, como dificuldade cognitiva, irritabilidade e hostilidade. A falta de esperança e a sensação de que as coisas não mudarão podem estar presentes e podem ser persistentes, podendo levar a pensamentos de suicídio e até mesmo tentativas (FU; WANG, 2008; BIRMAHER *et al.*, 2004).

Conforme a diversidade dos locais, onde os estudos foram realizados (comunidade, ambulatorios psiquiátricos, hospitais) e das populações por eles observadas, a prevalência de depressão apresenta vários índices, na população de crianças e adolescentes. Estudos norte-americanos revelam uma incidência de 4,7% de adolescentes com quadro depressivo (CARLSON; KASHANI, 1988).

Embora não haja diferenças relativas à prevalência sexual da depressão na infância, as mulheres apresentam maior risco após a puberdade. Isso se mantém durante a fase adulta (CARLSON; KASHANI, 1988; WHITAKER *et al.*, 1990).

Os fatores que podem ter um efeito protetivo para a depressão, destacam-se a autopercepção positiva, a competência social, o bom desempenho escolar e o apoio social e instrumental percebido. Também devem ser consideradas a supervisão e disciplina dos pais, assim como o apoio, aquiescência e reconhecimento à autonomia dos pais em relação a seus filhos (MERIKANGAS; ANGST; RUTTER, 1995).

Achados sugerem que, na presença de TC em adolescentes deprimidos, os sintomas afetivos podem passar despercebidos; portanto, sendo subdiagnosticada a depressão nesses casos (HERKOV; MYERS, 1996).

2.2.2.2 Transtorno de Humor Bipolar

Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental nos Estados Unidos, houve um aumento significativo no diagnóstico de THB em crianças e adolescentes nos últimos 10 anos, mostrando que poucos médicos consideravam esse diagnóstico em crianças ou adolescentes, sendo que a proporção de incidência era de 25 casos para cada 100.000 crianças ou adolescentes da comunidade. Em 2003, essa proporção passou a ser de 1.003 casos para 100.000 crianças ou adolescentes, ficando próximo a 1% (BLADER; CARLSON, 2007).

Há predomínio de sintomas disruptivos de comportamento nos meninos com THB tipo I, sendo que esse predomínio é apontado em amostras clínicas. Também nos meninos, podem ocorrer mais episódios de mania e comorbidade com o TDAH (CARLSON; MEYER, 2006; LEIBENLUFT; RICH, 2008).

A avaliação do THB em crianças pode ser uma tarefa árdua, pela dificuldade de a criança reconhecer, nomear e demonstrar seus próprios sentimentos. Portanto, alguns estudos sugerem que a fenomenologia pode variar de acordo com o funcionamento cognitivo, a habilidade social e o grau do desenvolvimento psicológico de cada indivíduo (LUBY *et al.*, 2004).

Os episódios de mania em adultos, em geral, são caracterizados por mudança de humor para a euforia, euforia ou irritação. Frequentemente estão presentes sintomas como grandiosidade ou autoestima exagerada, necessidade de sono reduzida, aumento da quantidade da fala, pensamento acelerado, aumento da distraibilidade, agitação psicomotora e hiperatividade, com aumento de atividade (social, sexual, profissional ou escolar) e diminuição da crítica (gastos exagerados, aventuras sexuais ou investimentos imprudentes) (GELLER *et al.*, 2002b).

O humor exaltado, com tagarelice, hiperatividade e grandiosidade é claramente perceptível em adolescentes em fase de mania, juntamente com diminuição da necessidade de sono e o aumento de energia. O comportamento social é bizarro, inadequado e extravagante. Sintomas psicóticos podem ser frequentes e a confusão com a esquizofrenia é, muitas vezes, inevitável (TILLMAN *et al.*, 2008).

O THB em crianças e adolescentes frequentemente pode se apresentar com mudança de estado de humor rápida, podendo alternar estado de depressão e de

(hipo) mania várias vezes em um mesmo dia. A forma mais comum em crianças e adolescentes é um curso com ciclagem ultrarrápida ou contínuo, sem períodos de eutímia entre os episódios (FINDLING *et al.*, 2001).

Normalmente as crianças com THB são confundidas com casos de TDAH. Os adolescentes costumam ser erroneamente diagnosticados com Transtorno da Personalidade, Transtorno de Abuso de Substâncias, TOD ou esquizofrenia. Acredita-se que a ocorrência de THB comórbido com TDAH seja de 11 a 75%, com TOD de 46 a 75%, com TC de 5,6 a 37%, com Transtorno de Ansiedade de 12 a 56% e com abuso de substância de 0 a 40% (AXELSON *et al.*, 2006).

Tanto na fase maníaca como na depressiva do THB, podem se manifestar com comportamentos que podem ser diagnosticados como TOD e TC, com sintomas de agressividade, crueldade, furtos, mentiras, fugas de casa, destruições de propriedades. Pela imaturidade emocional, esses comportamentos podem ser reativos a um ambiente sentido como hostil e ameaçador. Dessa forma, a criança se expressa dessas experiências por meio de comportamentos disruptivos, reagindo de forma agressiva. A irritabilidade está presente em 97% dos casos de THB e 71,6% dos casos de TDAH, que também está presente no TOD, que se apresenta facilmente magoado ou irritado, levando a uma maior ocorrência de agressividade (GELLER *et al.*, 2002a).

Estudos apontam para maior ocorrência de atos violentos, delinquentes e problemas de conduta na infância em sujeitos que posteriormente foram diagnosticados com THB (ENDRASS *et al.*, 2007; PULAY *et al.*, 2008). Como os sintomas afetivos tendem a se apresentar de forma mais crônica em crianças e adolescentes (como irritabilidade persistente), frequentemente crianças com THB são diagnosticadas como TC (BIEDERMAN *et al.*, 2000).

Autores afirmam que, apesar de os quadros de THB e TC apresentarem comportamentos de risco, os portadores de THB seriam mais peraltas e os com TC premeditam mais seus atos, sendo mais ofensivos e vingativos. Os portadores de THB agiriam mais por impulso. No TC é observada ausência de alterações emocionais, indiferença afetiva, indiferença à punição, ausência de remorso e arrependimento e demonstração de prazer com atos agressivos (WELLER; WELLER; FRISTAD, 1995).

Importante salientar que o THB no adolescente pode aumentar o risco para o desenvolvimento do Transtorno de Uso de Substância. Um estudo realizado entre

adolescentes Bipolares encontrou a prevalência de Transtorno de Uso de Substâncias, ao longo da vida, de 16%. Os transtornos relacionados à maconha foram os mais comuns, com prevalência ao longo da vida de 12%. De todos os adolescentes pesquisados, 8% tiveram algum transtorno relacionado ao uso de álcool. A prevalência de outros tipos de abuso e (ou) dependência (como cocaína e alucinógenos) não excedeu 3% (GOLDSTEIN *et al.*, 2008). Há relatos de que apenas metade do grupo com transtornos de uso de substâncias apresentou abuso e (ou) dependência de álcool. Esses achados contrastam com dados de adultos, entre os quais essa substância é a mais comumente encontrada (CASSIDY; AHEARN; CARROLL, 2001).

Quando o THB manifesta-se com comportamento disruptivo e é tratado adequadamente, há remissão desses comportamentos e o TC é descartado. Ressalta-se que não pode ser feito o diagnóstico de THB se não houver clara mudança no padrão de funcionamento prévio ou se os sintomas não forem mais bem explicados pela falta de limites no ambiente (CARLSON; KELLY, 1998).

2.2.3 Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamentos Disruptivos

2.2.3.1 O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

O TDAH é um dos transtornos comportamentais mais comuns e de mais alta herdabilidade dos transtornos comportamentais da infância (FARAONE, 2005). É também um dos transtornos mais comumente diagnosticado do neurodesenvolvimento em crianças e adolescentes, com 3 a 8% de todas as crianças em idade escolar sendo afetadas (APA, 1995; REMSCHMIDT, 2005).

O TDAH está frequentemente associado a comorbidades psiquiátricas, tais como TOD, TC, transtornos de tiques e sono, transtornos da aprendizagem e problemas motores (BIEDERMAN *et al.*, 1996; GOLDMAN *et al.*, 1998). Crianças e adolescentes com TDAH são de alto risco de desenvolver uma ampla gama de adversidades psiquiátricas, incluindo taxas significativamente elevadas de transtornos antissocial, adictivos, humor e ansiedade (BIEDERMAN *et al.*, 2006), e

frequentemente sofrem prejuízos no desempenho escolar, nas relações familiares e com os pares e maior propensão para sofrer lesões (ESCOBAR *et al.*, 2005).

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e (ou) hiperatividade, com sintomas hiperativos impulsivos que causam prejuízos significativos e que, segundo o DSM-IV, devem estar presentes antes dos 7 anos de idade. Os sintomas com prejuízos devem estar presentes em pelo menos dois contextos (por ex. em casa e na escola ou trabalho), interferindo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado, em termos evolutivos. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não é explicado por outro transtorno mental (por ex. Transtorno de Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno de Personalidade (APA, 1995).

No TDAH há problemas atencionais, hiperatividade motora e impulsividade, que trazem graves problemas comportamentais e impacto na socialização do indivíduo. Estudos confirmam a hipótese de adultos assassinos com TDAH que apresentam uma agressão reativa violenta e sem TDAH, uma agressão proativa (RETZ; ROSLER, 2009).

Para meninos e meninas a hiperatividade e (ou) impulsividade prediz o início para todos os tipos de uso de substâncias, dependência de nicotina e abuso e (ou) dependência de maconha. Sendo que o diagnóstico de TC mostrou-se um forte preditor de transtornos de substância. A hiperatividade e (ou) impulsividade prediz o Transtorno do Uso de Substâncias, mesmo depois do crescimento quando mais tarde emergem sintomas de TC. Considerando que a desatenção sozinha representa um risco menor, mesmo um único sintoma de TDAH ou TC está associado com aumento do risco (ELKINS; McGUE; IACONO, 2007).

Não há dúvidas de que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade trazem um impacto negativo na socialização, e a relação do TDAH e a agressão e a violência vem sendo estudada. Uma revisão de estudos associou o TDAH e violência: TDAH e comportamento antissocial; TDAH, PAS e Psicopatia; TDAH e agressão; TDAH, genes serotoninérgico e ambiente; Violência, TDAH, 5 HTTLPR e ambiente (RETZ; ROSLER, 2009).

Uma revisão ligando violência, TDAH, gene 5HTTLPR (transportador serotoninérgico ligado à região polimórfica) e ambiente sugeriu que o 5-HTTLPR

determina um risco maior para o TDAH e que o impacto do meio ambiente depende do fundo genético do indivíduo (MURPHY *et al.*, 2001).

O entorno familiar é um fator de risco, pois uma criança com TDAH em um meio de separações matrimoniais e (ou), adversidades familiares pode desencadear um TOD ou um TC levando ao comportamento delinquente (REEVES *et al.*, 1987).

2.2.3.2 O Transtorno Opositivo Desafiante

O Transtorno Opositivo Desafiante (TOD) - DSM-IV (APA, 1995) afeta entre 2 e 16% da população infantil, afetando a estrutura familiar em determinados momentos de forma muito importante, muitas vezes levando à falsa crença de considerar este transtorno como uma variante ou uma manifestação do Transtorno de Conduta (TC).

Os critérios diagnósticos incluem: um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador durando pelo menos seis meses, em que estão presentes quatro ou mais dos seguintes comportamentos: frequentemente perde a paciência; frequentemente discute com adultos; com frequência desafia ou se recusa ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos; frequentemente perturba as pessoas de forma deliberada; frequentemente responsabiliza os outros por seus erros ou mau comportamento; mostra-se frequentemente suscetível ou aborrecido com facilidade pelos outros; frequentemente enraivecido e ressentido; frequentemente rancoroso ou vingativo (APA, 1995).

A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psíquico ou Transtorno do Humor. Não são satisfeitos os critérios para Transtorno de Conduta e, se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Antissocial (APA, 1995).

2.2.3.3 O Transtorno de Conduta

Jovens assassinos são a causa de morte de 10 pessoas por dia nos Estados Unidos. A idade média dos assassinos que matam usualmente com armas de fogo, a maioria homens, é de 14 anos e sete meses. No entanto, a categoria do Transtorno da Personalidade Antissocial (TPAS) não é reconhecida no DSM-IV em ninguém com menos de 18 anos. Crianças e adolescentes que exibem características de TPAS são, em geral, diagnosticadas com um Transtorno de Conduta. Em revisão desta doença, salienta-se que fatores etiológicos se entrelaçam com elementos ambientais para produzir o comportamento antissocial persistente por toda a vida (KERNBERG; WEINER; BARDENSTEIN, 2003).

No Transtorno de Conduta há uma violação dos direitos básicos das outras pessoas e das normas sociais ou das leis, de forma grave, com padrão repetitivo e persistente. Seu diagnóstico requer a identificação das condutas localizadas em pelo menos três dos seguintes grupos: 1) agressão a pessoas ou animais; 2) condutas não agressivas que comportam destruição de propriedade; 3) fraude ou roubo; e 4) violação grave das normas. Tais condutas trazem desajuste social, acadêmico ou laboral (APA, 1995).

O TC é o um dos mais comuns transtornos psiquiátricos da infância, três vezes mais frequente no sexo masculino, com prevalência nos homens em torno de 6 a 16% e nas mulheres de 2 a 9% (APA, 1995) sendo os sintomas de confrontação e agressividade os mais comuns no sexo masculino (ZAMETKIN; ERNST, 1999). Nos pré-escolares já podem apresentar alguns sinais de alerta, como agressividade, acessos de raiva, desobediência e problemas significativos nos seus cuidados diários e na pré-escola (BREITENSTEIN; HILL; GROSS, 2009).

Além disso, é evidente que o TC tem consequências negativas não só para a criança, mas ao longo da sua vida e também para a sociedade. Crianças com TC, muitas vezes, experimentam baixo desempenho escolar, baixa taxa de emprego e nível socioeconômico, maiores taxas de acidentes automobilísticos, problemas familiares, comportamentos antissociais e problemas de humor na idade adulta (WASCHBUSCH, 2002; APA, 1995).

A evidência crescente sugere que, ao longo da infância e da adolescência, a juventude com problemas de conduta segue diferentes trajetórias desses problemas

e também difere em termos de fatores de risco familiar precoce e problemas relacionados à adaptação. Para os jovens que mostram um início precoce de problemas de conduta, duas trajetórias foram identificadas: aqueles que persistem e aqueles cujas dificuldades comportamentais são limitadas à infância (BARKER; MAUGHAN, 2009; MOFFITT *et al.*, 2008). O tipo de início precoce persistente apresenta alterações neuropsicológicas sutis e hiperatividade temperamental cedo na infância, que interagem com adversidades ambientais persistentes para produzir os fatores problemáticos de personalidade (isto é, impulsividade, Transtorno de Personalidade Antissocial) que são fatores que mantêm violenta e não violenta criminalidade em todo o curso da vida (ODGERS *et al.*, 2007; ODGERS *et al.*, 2008; RAINE *et al.*, 2005). Na infância e adolescência o tipo início precoce persistente filia-se com pares comportamentalmente desviantes e experiência de dificuldades em relações aos pares mais normais (VAN LIER *et al.*, 2005).

O subtipo de limitado à infância também mostra altos níveis de problemas de conduta precoce em seu curso de vida e têm sido relatados os fatores de riscos precoces, tais como adversidade familiar, dificuldade temperamental e baixo QI; essas crianças, no entanto, parecem remitir estes problemas de conduta de tal forma que, na adolescência ou na vida adulta desaparecem (BARKER; MAUGHAN, 2009; ODGERS *et al.*, 2008). Duas sugestões têm sido oferecidas como potenciais mecanismos de mudança subjacentes à remissão dos problemas de conduta nesses grupos de indivíduos. Primeiro é sugerido (MOFFITT *et al.*, 2008)) que essas crianças podem desenvolver certas características de personalidade (por ex., constrangimento e ansiedade social, traços de personalidade esquizotípica), de tal forma que se tornam cada vez mais isoladas socialmente. Uma segunda explicação oferecida para o decréscimo dos problemas de conduta do subtipo de limitado na infância, é que esses jovens se tornam integrados dentro do contexto escolar, mostrando um decréscimo dos problemas internalizantes, assim como nos externalizantes, e com melhora no desempenho escolar (VEENSTRA *et al.*, 2007).

Embora muito menos conhecido, o relato sobre jovens cujo início dos problemas de conduta estão próximos da adolescência aponta que eles têm sido relativamente livres de risco precoce na infância, mas se engajam em problemas de conduta mediante a associação, mais tarde, com pares delinquentes e (ou) mostrando o *status* social através dos comportamentos delinquentes. Tem sido postulado que esses jovens são propensos a desistir do comportamento antissocial

no final da adolescência quando iniciam papéis e responsabilidades de adultos (MOFFITT, 2006), mas, por outro lado, eles também podem continuar engajados em crimes, por apresentar uso de substância e dificuldades internalizantes, após o término da adolescência (ODGERS *et al.*, 2007).

Sugere-se que as baixas habilidades verbais são um fator de risco no TC (MOFFITT, 1990). O processo da fala é menos desenvolvido em crianças com déficits verbais, elas têm dificuldade para avaliar novas situações e, ao mesmo tempo, incorporar informações passadas e presentes, acarretando dificuldades no cumprimento das regras de comportamento. Os déficits verbais podem levar a avaliações errôneas das emoções dos outros, o que poderia resultar em reações impróprias. Além disso, a deficiência verbal pode prejudicar a capacidade de uma pessoa para antecipar as consequências dos comportamentos, bem como para decidir o que é moralmente certo e errado. Ademais, sugeriram que déficits verbais afetam o engajamento no discurso privado, que é um fator importante na regulação do comportamento (LONEY *et al.*, 2003). O fracasso escolar pode desempenhar um papel na ligação entre déficits verbais e a delinquência, pois pode resultar na rejeição social, que, então, diminui as chances de identificação e socialização com os colegas pró-sociais (MOFFITT, 1993).

Evidências sugerem que a baixa capacidade verbal é um fator de risco do TC (MOFFITT; SILVA, 1988). Em revisões é descrito que os indivíduos delinquentes apresentam um QI verbal médio, na escala completa, escores de 8-10 pontos mais baixos que a média da população (NIGG; HUANG-POLLOCK, 2003). Adolescentes delinquentes têm QI menor do que os adolescentes a partir de amostras da população geral, e os déficits dos delinquentes foram mais acentuados no domínio verbal. Aproximadamente dois terços dos delinquentes apresentaram deficiências nas habilidades verbais, medidas por testes padronizados de inteligência. Estudos longitudinais também apontaram que a dificuldade de aprendizagem no início da escolaridade e fraca capacidade verbal, raciocínio verbal preveem posteriores e persistentes violações do TC, resultando em comportamento antissocial. O déficit verbal no jovem com TC parece ser pelo menos parcialmente independente de tais potenciais fatores que confundem como etnia e status socioeconômico (MOFFITT; LYNAM JR, 1994).

Crianças e adolescentes com TC mostram uma propensão para assumir riscos e comportamento imprudente, sugerindo dificuldades na tomada de decisão e

impulsividade; tornam-se mais suscetíveis para abuso de substância, refletindo sensibilidade alterada nos mecanismos de recompensa e persistente seleção de opções de curto prazo, apesar de consequências negativas em longo prazo (DISNEY *et al.*, 1999).

Em um trabalho para elaboração do DSM-V, Gelhorn *et al.* (2009) realizaram um estudo com objetivo de verificar quais os critérios úteis e significativos para representar severidade para comportamento antissocial em crianças e adolescentes com TC. Verificaram quais os sintomas que indicam a severidade do comportamento. Realizaram um ponto de corte do nível da psicopatologia na comunidade, dessa forma permitindo examinar propriedades específicas do sintoma individual, indicando assim a psicopatologia e o nível de severidade. Concluíram que os sintomas de menor gravidade foram: mentiras, vandalismo, roubo sem confrontação e intimidação (*bully*); os de maior gravidade: colocar fogo, crueldade com pessoas, brigas, roubo com confrontação, fuga de casa e chegar tarde. Os sintomas de média gravidade foram porte de armas, crueldade com animais, invasão, arrombamento e gazer aulas.

Em estudo com adolescentes do sexo masculino portadores de TC de início na infância e de início na adolescência, verificou-se que aqueles com TC de início na infância apresentaram dificuldades no reconhecimento de raiva, aborrecimento e felicidade, e os com TC de início na adolescência apresentaram dificuldades no reconhecimento da expressão facial de medo (FAIRCHILD *et al.*, 2009).

O TC de início na infância é normalmente acompanhado de um déficit intelectual verbal, dificuldades no neurodesenvolvimento e tem um curso persistente, já o TC de início na adolescência se desenvolve devido a pares desviantes e são quadros que se apresentam de forma limitada (FAIRCHILD *et al.*, 2009). O não reconhecimento na expressão de medo, tristeza e aborrecido evidenciam disfunção na amígdala (DADDIS *et al.*, 2006). Quando não há reconhecimento de felicidade, aponta também para disfunção na amígdala, o não reconhecimento de raiva e aborrecimento, acompanhado de agressão impulsiva, denota uma disfunção do COF e o não reconhecimento de aborrecimento, acompanhado de redução insular bilateral, é observado no TC de início na infância (STERZER *et al.*, 2007).

Embora o TC esteja associado a um aumento da suscetibilidade para o Transtorno de Uso de Substâncias, refletindo a sensibilidade alterada para os mecanismos de recompensa, com busca de benefícios em curto prazo, apesar de

consequências negativas em longo prazo (DISNEY *et al.*, 1999). Também crianças e adolescentes com TC mostram uma propensão para assumir riscos, com comportamento imprudente, sugerindo dificuldades na tomada de decisões e impulsividade (VAN GOOZEN *et al.*, 2004).

Em investigação da progressão de TC para o Transtorno de Personalidade Antissocial, em adolescentes em tratamento para abuso de substância, verificou-se que esses indivíduos apresentaram maus resultados com os tratamentos para problemas de álcool e drogas, com altas taxas de progressão para o TPAS, sugerindo que uma avaliação cuidadosa da história do TC sempre se faz necessária, sendo importante para o planejamento e a intervenção (MYERS; STEWART; BROWN, 1998).

No TC, observa-se comportamento antissocial, que muitas vezes é persistente por toda a vida, recebendo o diagnóstico de TPAS, após os 18 anos. O TC cursa com déficits neuropsicológicos que causam impactos na compreensão, na leitura, na solução de problemas, na linguagem expressiva, na escrita e na memória. Esses déficits executivos incluem falta de atenção e impulsividade. Ressalta-se que quando o comportamento antissocial já existe na família, a criança se encontra em um ambiente deficitário. As predisposições constitucionais e a transmissão intergeracional mantêm o ciclo. A comorbidade com os distúrbios de aprendizagem, com a hiperatividade, com o Transtorno Afetivo Bipolar, com a esquizofrenia e com o abuso de drogas e álcool, com a depressão e com o Transtorno de Ansiedade complica os fatos e agrega mais cronicidade.

2.2.3.4 A inter relação entre o TDHA e os Transtornos de Comportamento Disruptivo

Para o entendimento do comportamento disruptivo, parte-se de dois construtos: o psicopatológico e o comportamental. No construto comportamental podem ser observados: agressão, impulsividade, violência, comportamento antissocial e psicopático. As doenças relacionadas a esses comportamentos são: o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o Transtorno Opositivo Desafiante e o Transtorno de Conduta.

Os fatores de risco para o desenvolvimento destes transtornos são tanto os ambientais como os neurobiológicos (genéticos). Entre os principais fatores de risco ambientais estão baixa situação socioeconômica, Transtorno de Personalidade Antissocial em parentes e deficiência nas relações com os pais (WHITTINGER *et al.*, 2007).

Comportamentos como impulsividade, agressividade, desobediência, comportamentos antissociais são comuns no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, no Transtorno Opositivo Desafiante e no Transtorno de Conduta. Essas doenças trazem prejuízos significativos na vida das crianças e dos adolescentes, como baixo desempenho acadêmico, baixa taxa de emprego e nível socioeconômico, problemas familiares entre outros. Mas, a maior gravidade é quando se engajam em crimes e abuso de substância, delineando-se comportamentos delinquentes.

O TC é um transtorno mais grave caracterizado por um padrão repetitivo e persistente de conduta que comporta uma violação dos direitos básicos dos demais, das normas sociais ou das leis. Os problemas de conduta constituem, junto com as dificuldades escolares, a repercussão mais negativa do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), sendo difícil determinar se os problemas de conduta representam um transtorno comórbido ou simplesmente são as principais manifestações do TDAH. Sem dúvida, fixando-se nos casos mais graves de problema de conduta, fica claro que se trata de transtornos distintos, mas que podem estar associados e potencializar-se mutuamente. Compreende-se que os déficits cognitivos concretos que sobressaem no TDAH fazem especial ênfase nas funções executivas (RIGAU-RATERA; GARCIA-NONELL; ARTIGAS-PALLARES, 2006a).

Embora seja claro que o déficit na capacidade verbal é um fator de risco para o TC, pesquisadores têm questionado se essa associação é devido à comorbidade entre o TDAH e TC. O TDAH, que se caracteriza por sintomas de desatenção, impulsividade e (ou) hiperatividade, aparece comumente associado ao TC (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999).

Em um importante estudo longitudinal (WHITTINGER *et al.*, 2007) com crianças com TDAH para verificar os precursores do TC na adolescência, constatou-se que as crianças que tinham comorbidade com o TOD tinham três vezes mais probabilidade de desenvolver TC. Outro fator importante foi que a severidade do

TDAH prediz TC na adolescência, assim como se a criança com TDAH apresentar pelo menos um sintoma de TC.

Esse valioso estudo (WHITTINGER *et al.*, 2007) trouxe implicações clínicas, salientando que todas as estratégias possíveis devem ser empregadas em crianças com TDAH e TOD, sendo essencial prestar atenção nas crianças com comportamentos de TOD, assim como na presença de pelo menos um sintoma de TC no tratamento em crianças com TDAH.

Existem altas taxas de comorbidades entre TC e problemas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes (EZPELETA; DOMENECH; ANGOLD, 2006). A criminalidade adulta é prevista pelas comorbidades de transtornos emocionais e comportamentais da infância (COPELAND *et al.*, 2007). Apesar desta evidência, são relativamente pouco conhecidos dados sobre tendências do desenvolvimento destas associações ou suas covariações com diferentes trajetórias dos problemas de conduta. Estudos prévios examinam a associação do TC com sintomas de TOD e TDAH, particularmente no TC de início precoce, assim como as elevadas taxas de comorbidade entre TDAH, TOD e TC (VAN LIER *et al.*, 2007) (BIEDERMAN *et al.*, 2008). Também vem sendo evidenciadas as comorbidades do TC com Transtornos de Ansiedade e Depressão (LAHEY *et al.*, 2002).

2.2.3.5 Funções executivas no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDHA) e de Comportamento Disruptivo

A avaliação neuropsicológica da criança tem suas contribuições para profissionais da área da saúde, em especial pediatras, psicólogos, psiquiatras, neurologistas. Auxilia no diagnóstico e tratamento de diversas enfermidades neurológicas, problemas de desenvolvimento infantil, comprometimentos psiquiátricos, alterações de conduta, entre outros. Este exame permite estabelecer relações entre funções corticais superiores, como a linguagem, a atenção, a memória e a aprendizagem simbólica (conceitos, escrita, leitura, etc.). Entre as diversas funções dos lobos frontais está a plasticidade do pensamento, a capacidade de julgamento, a habilidade de produzir ideias diferentes, a organização

da informação, a capacidade de dar respostas adequadas aos estímulos, de estabelecer e trocar estratégias e planejar uma ação (COSTA *et al.*, 2004).

As funções executivas (FE) referem-se a um conjunto de processos cognitivos de ordem superior, que estão envolvidos na autorregulação do pensamento, da ação e da emoção. Funções executivas são necessárias para o comportamento adaptativo e orientado a objetivos, e têm sido associadas à integridade dos sistemas neurais no córtex pré-frontal (FAHIE; SYMONS, 2003). As FE englobam: inibição, controle da atenção, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva ou mudança estabelecida, estabelecimento de metas e resolução de problemas (SENN; ESPY; KAUFMANN, 2004). Prejuízos em funções executivas têm sido ligados a comportamento impulsivo e regulação do comportamento agressivo, sendo que nos casos desses comportamentos persistentes, normalmente, suas origens estão na primeira infância (SHAW; LACOURSE; NAGIN, 2005). Apesar dos estudos de FE em crianças pequenas ainda serem controversos em função do amadurecimento destas funções e suas avaliações, em idades precoces são observadas alterações na resposta à inibição e na flexibilidade do pensamento (JACQUES; ZELAZO, 2001).

Três fatores das funções executivas relacionados à agressividade e a problemas no controle inibitório em pré-escolares são: memória de trabalho e planejamento, inibição de respostas mal adaptativas e automonitoramento ou flexibilidade atencional; habitualmente intercorrelacionados (RAAIJMAKERS *et al.*, 2008).

As condutas disruptivas muitas vezes podem ser acompanhadas de alterações nas funções executivas com prejuízos na memória de trabalho, na autorregulação, na flexibilidade ou capacidade de troca e na habilidade para resolver problemas (planejamento e organização). Os transtornos que podem estar associados a Transtornos de Conduta são: TDAH, Transtorno de Aprendizagem, Transtornos de Linguagem, Transtornos do Espectro Autista, Transtorno de Tourette e Transtornos de Ansiedade (RIGAU-RATERA; GARCIA-NONELL; ARTIGAS-PALLARES, 2006a).

A memória de trabalho, que ocupa um papel nuclear nas funções executivas, é a capacidade de manter na mente eventos ou informações e operar com elas. Seu prejuízo traz dificuldade de discernir as consequências de um determinado

comportamento, baseando-se em experiências prévias, portanto não antecipa as consequências dos atos (BADDELEY; HITCH, 1994).

As dificuldades na tomada de decisão no TC podem resultar de déficits de função emocional e executiva (FE). Evidências de disfunção executiva no TC ou sua variante mais branda, no TOD, que apresenta dificuldade em responder as mudanças nas contingências ambientais (VAN GOOZEN *et al.*, 2004). Quando ocorrem problemas de privação, o que é visto em crianças institucionalizadas, pode haver um caminho possível de comprometimento de FE, por alguma forma de programação no neuro-desenvolvimento durante os períodos críticos de desenvolvimento precoce.

A relação do comportamento agressivo e funções executivas, também relacionadas a problemas de conduta, é frequentemente definida de diferentes maneiras, em termos de transtornos psiquiátricos, tais como Transtornos do Comportamento Disruptivo (TCD). A relação de funções executivas e TCD tem sido analisada principalmente relacionada ao TDAH, que tem sido claramente estabelecido (WILLCUTT *et al.*, 2005a). Willcutt *et al.* concluíram que os prejuízos em funções executivas em crianças com TCD estiveram associadas à presença de TDAH. Também que o déficit na resposta de inibição não está unicamente relacionado ao TDAH, mas também com o TC ((WILLCUTT *et al.*, 2005b).

Estudos que investigaram FE em crianças jovens que apresentavam comportamento agressivo revelaram prejuízos na inibição às respostas mal adaptativas, déficits no planejamento e controle inibitório (HUGHES *et al.*, 2000), além de prejuízo na performance do planejamento motor, na tarefa de atenção e memória de trabalho em crianças com TOD, com e sem TDAH (SPELTZ *et al.*, 1998). Mas ainda não ficou estabelecida, de forma significativa, a associação do TCD e FE afetadas sem a presença do TDAH.

A questão de déficits em FE nas crianças, associados a problemas de conduta, ainda é controversa. Embora as origens do comportamento agressivo possam ser encontradas na primeira infância, as conclusões dos estudos de FE em crianças pré-escolares com comportamentos agressivos são inconsistentes. Quando se estudam o comportamento agressivo e os prejuízos em FE, normalmente verificam-se tarefas neuropsicológicas que avaliam capacidade de mudança, inibição, memória e fluência verbal. O prejuízo aparece normalmente em relação à inibição. Raaijmakers *et al.* (2008) observaram que crianças pré-escolares

agressivas apresentaram pior desempenho no fator de inibição do que crianças do grupo controle, e os meninos pior desempenho nesse fator que as meninas. Essa associação entre comportamento agressivo e os déficits de inibição foi mantida após o controle de problemas de atenção. Além disso, em meninos, todas as funções executivas medidas apresentaram maior comprometimento do que as meninas. Esses resultados demonstram que crianças pré-escolares com problemas de comportamento agressivo apresentaram problemas na inibição, independentemente de problemas de atenção.

O TDAH e os Transtornos Disruptivos afetam de forma significativa as estruturas familiares, principalmente em seu extremo no TC. Também interferem pelo seu comportamento na escola, podendo ser uma das principais manifestações do TDAH. As funções executivas, muitas vezes, estão implicadas no desenvolvimento das condutas disruptivas. Entre elas se incluem: a memória de trabalho, a autorregulação, a flexibilidade cognitiva ou capacidade de troca e a habilidade para resolver problemas graças ao planejamento e organização. Déficit nas funções executivas afetam a capacidade de a criança responder de forma adaptativa ao seu entorno ou às direções solicitadas pelo adulto. Dessa forma, a criança apresenta dificuldades para discernir as consequências de um determinado comportamento, baseando-se na experiência prévia. Pelas mesmas razões, não antecipam as consequências potenciais de seus atos. Essas dificuldades cognitivas da criança podem contribuir para a aparição de uma grande variedade de comportamentos que são considerados oposicionistas (RIGAU-RATERA; GARCIA-NONELL; ARTIGAS-PALLARES, 2006a)

2.2.4 O Transtorno do Uso e Abuso de Substâncias

A relação entre o uso de substâncias e delinquência durante a adolescência tem implicações importantes para intervenções da justiça juvenil. Muitos jovens que têm problemas com a lei também tem problemas com o uso de substâncias, e suas infrações muitas vezes estão ligadas ao seu envolvimento com drogas ou álcool.

Obter uma compreensão mais profunda desta dinâmica é fundamental para o tratamento, desenvolvimento de abordagens e esforços para uma prevenção mais

eficaz. Uma intervenção no momento certo para o desenvolvimento de comportamentos violentos pode evitar uma vida inteira de uso de substâncias e delinquências, que são combustíveis para outros padrões destrutivos (MULVEY, 2011).

Pesquisadores relatam evidências de que problemas de comportamento e agressividade em crianças pequenas predisõem, em uma idade posterior, ao uso de substâncias ilícitas na adolescência (HENRY; TOLAN; GORMAN-SMITH, 2001; MASON *et al.*, 2007). Além disso, estudos sugerem que o uso de substâncias precocemente prediz ao comportamento criminoso posterior em adolescentes (HUIZINGA; LOEBER; THORNBERRY, 1993; FORD, 2005).

Estudos com jovens em conflito com a lei demonstram que grande parte deles tem histórias recentes do uso de substâncias ilegais e que jovens que praticam atos delinquentes graves e cronicamente são mais propensos a receber o diagnóstico de Transtorno do Uso de Substâncias (WILSON *et al.*, 2001; TEPLIN *et al.*, 2002).

Infratores crônicos e graves são muito mais prováveis do que outros jovens delinquentes a serem usuários de substâncias e para se qualificarem como tendo Transtornos do Uso de Substâncias (JOHNSTON *et al.*, 2006). O uso de substâncias e delinquência e a idade se constituem em preditores consistentes para graves infrações em uma idade mais avançada (HUSSONG *et al.*, 2004; DEMBO; SCHMEIDLER; CHILDS, 2007).

O uso de substâncias e delinquências graves flutuam com padrões semelhantes ao longo do tempo, sugerindo uma relação de reciprocidade ou sequencial, mas a relação causal ainda não foi comprovada (MULVEY, 2011). O comportamento criminal e uso de substâncias parecem seguir cursos paralelos ao longo do tempo (SULLIVAN *et al.*, 2007) e sugerem uma relação de reciprocidade. Se o relacionamento é sequencial ou recíproco pode ser debatido, pode ser que a relação siga padrões diferentes em diferentes grupos de jovens. É claro, porém, que o comportamento delinquent e problemas de uso de substância andam de mãos dadas na adolescência.

Alguns dos fatores que colocam o indivíduo em risco de envolvimento com a criminalidade também colocam o indivíduo em risco para problemas de uso de substâncias (IACONO; MALONE; McGUE, 2008; BREITENSTEIN; HILL; GROSS, 2009; MARMORSTEIN; IACONO; McGUE, 2009). Uso de substâncias psicoativas entre os

pais, negligência, ambiente familiar perturbado e conflituoso e outros fatores como busca de sensações e desinibição pelo adolescente, regulação baixa dos afetos, depressão e estresse ambiental, podem levar a comportamentos externalizantes, tais como o uso de drogas e atividades criminosas (HERSH; HUSSONG, 2009). Jovens que vivem em bairros de alta criminalidade podem ser levados ao uso de drogas ou recrutados para atividades criminosas, de forma desproporcional ao de jovens que vivem em bairros mais estáveis (ELICKSON; MCGUIGAN, 2000; LITTLE; STEINBERG, 2006).

A influência do grupo de pares e (ou) de vizinhança (contexto social) pode determinar a co-ocorrência de uso de substâncias e a delinquência. Uma grande proporção de atos graves de delinquência na adolescência está ligada aos grupos, sendo que o uso de drogas pode ser um componente particularmente potente nesse processo grupal (MASON *et al.*, 2007). Alternativamente, o uso constante de substâncias pode colocar os adolescentes em situações de grupo, onde a ocorrência do crime (em especial a violência) é mais provável (MacCOUN; KILMER; REUTER, 2003). O envolvimento com gangues e uso de substâncias durante a adolescência tardia aumentam o risco de criminalidade (THORNBERRY *et al.*, 2003).

Adolescentes que fazem uso de substâncias podem apresentar um senso de realidade falso e autonomia, que interferem com o desenvolvimento de novas competências sociais e habilidades sociais (BAUMRIND; MOSELLE, 1985). Adolescentes que usam drogas ilegais apresentam um baixo nível de autonomia e menos competência quando jovens adultos (CHASSIN; PITTS; DELUCIA, 1999), e adolescentes no sistema de justiça juvenil tem mais baixo nível de habilidade de tomada de decisão do que adolescentes da comunidade, que tem a mesma idade e origem étnica (MULVEY, 2011).

Portanto, o uso de substâncias em si não é certamente a principal causa de envolvimento em atividades ilegais. O uso de substâncias, no entanto, pode iniciar ou aumentar o risco de comportamentos delinquentes de forma independente ou em conjunto com outros fatores de risco. Este efeito parece estar relacionado à procura de novidades, no Transtorno de Conduta e a experimentação de substâncias, e também no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em uma amostra de gêmeos adolescentes (YOUNG *et al.*, 2000). Uma explicação é que uma tendência comum para a procura de novidades e dificuldades na regulação do comportamento leva a uma variedade de problemas externalizantes, incluindo o uso de substâncias

e comportamentos criminosos. Alternativamente, os adolescentes lidando com um conjunto particularmente difícil ou generalizado de problemas, como dificuldades de aprendizagem na escola e uma vida familiar violenta, podem encontrar uma fuga em qualquer substância ou atividade ilegal ou ambos (MULVEY, 2011).

A preocupação com a contribuição do TDAH e os outros transtornos psiquiátricos, como o abuso de drogas, tem gerado um interesse considerável (FLORY; LYNAM, 2003). Muitos autores têm sugerido que crianças com TDAH apresentam maior probabilidade de desenvolver abuso de substâncias na adolescência e, quando adultos jovens, que aqueles sem história deste transtorno (BIEDERMAN *et al.*, 1997; HORNER; SCHEIBE, 1997; FLORY; LYNAM, 2003).

Os comportamentos externalizantes aparecem precocemente no TDAH; portanto, podem ser identificados em crianças com alto risco de desenvolver abuso de substâncias mais tarde. No entanto, a relação de abuso de substâncias e TDAH muitas vezes passa despercebida quando a co-ocorrência com TC é considerada (ELKINS; MCGUE; IACONO, 2007).

Tanto a delinquência como o uso de substâncias podem trazer prejuízos no desenvolvimento do indivíduo. Na fase adulta os indivíduos que continuam com uso de álcool e drogas podem reduzir as chances de uma transição entre a adolescência e idade adulta bem-sucedida, com dificuldades no desenvolvimento adequado dos papéis de adulto, como emprego, casamento e paternidade (CHASSIN; PITTS; DELUCIA, 1999).

No adolescente, o uso de substâncias pode produzir um senso de realidade e de autonomia falsos, que interferem no desenvolvimento de novas competências e habilidades de enfrentamento. Portanto, adolescentes que continuam a usar drogas ilegais na idade adulta apresentaram menor nível de autonomia e menor competência. Adolescentes que estão no sistema de justiça juvenil têm menor nível de poder de decisão do que adolescentes da comunidade que são da mesma idade e origem étnica (GRISSE; UNDERWOOD, 2004).

Também muitos adolescentes podem desistir do uso de substâncias e (ou) atividade criminal. Uma possibilidade é que a mudança do desenvolvimento normal da adolescência e início da idade adulta torna o comportamento criminal e (ou), o uso de substâncias menos atraente ou aceitável. Como os indivíduos tornam-se mais maduros social, emocional e intelectualmente, também ocorrem mudanças em seu raciocínio moral sobre as considerações do futuro, assim como controle de

impulsos, ou suscetibilidade para influência dos colegas, podendo orientá-los para o afastamento do comportamento antissocial, arriscado e perigoso, para a direção socialmente mais aceitável e atividades mais seguras. Além disso, os indivíduos podem adquirir novas competências (pessoal ou profissional) que levam a novas oportunidades (MULVEY, 2011).

Uma diferente, mas relacionada, possibilidade é que a transição para os papéis adultos (emprego, família e cidadania) promove novos padrões de comportamento e exigências que tornam o envolvimento em atividades antissociais menos aceitável e recompensadora (CERNKOVICH; GIORDANO, 2001; HAMIL-LUKER; LAND; BLAU, 2004). Uma maior participação em rotinas pode conter a participação em contravenções, porque ter um emprego, trabalhar, exercer relacionamentos românticos sérios, começar uma família e o cumprimento de papéis na comunidade, pode resultar em redução da exposição a ambientes em que as atividades antissociais são normais (UGGEN; MANZA, 2004). Em termos concretos, os indivíduos que passam suas horas do dia em um local de trabalho supervisionado, suas horas da noite com seu cônjuge e filhos e suas horas de sono noturno para descansar para o próximo dia útil têm poucas oportunidades de se envolver em comportamentos antissociais graves.

Evidências sobre o abuso de substâncias mostram que transições de papéis adultos estão relacionadas à diminuição do uso de álcool e drogas, e é provável que a realização regular de atividades relacionadas com os papéis de adultos também retira os indivíduos dos círculos onde o envolvimento com o crime é mais comum e aceito (MULVEY, 2011).

O investimento social é um fator potencialmente importante neste processo (LAUB; NAGIN; SAMPSON, 1998; LAUB; SAMPSON, 2001). Não são simplesmente os papéis sociais que são importantes. Pelo contrário, a força do apego dos indivíduos e o compromisso com esses novos papéis e oportunidades desempenham um grande papel em determinar se eles vão continuar as suas atividades antissociais. Se estes novos papéis e oportunidades de viver experiências valorizadas (por exemplo, um relacionamento amoroso, o respeito como parte de um grupo de trabalho) são importantes, o indivíduo aumenta o seu "capital social" (PORTES, 1998) e pode atingir um ponto em que o novo estilo de vida torna-se uma realidade que merece ser protegida. Uma vez que os indivíduos formam um compromisso com o trabalho e a família, eles tem algo a perder e, portanto, algo para guardar. Muitos

alegam que a mudança positiva ocorre como um realinhamento psicológico interno de autoconcepções (GIORDANO; CERNKOVICH; RUDOLPH, 2002), isto é, um indivíduo assume um papel proactivo na criação de novas oportunidades para a participação social positiva e integra as experiências e oportunidades na luz de uma nova encontrada e "reformada " vida (MARUNA *et al.*, 2004).

Para diminuir o uso de substâncias e a delinquência grave no final da adolescência os fatores que predisõem os jovens a desistir de tais comportamentos, como eles aprenderem habilidades novas e maduras, revelando assim pistas para intervenções devem ser entendidos.

Para meninos e meninas a hiperatividade e (ou) impulsividade prediz o início para todos os tipos de uso de substâncias, dependência de nicotina e abuso e (ou) dependência de maconha. Sendo que o diagnóstico de TC mostrou-se um forte preditor de Transtornos de Uso de Substâncias. A hiperatividade e (ou) impulsividade prediz o Transtorno do Uso de Substâncias, mesmo depois do crescimento quando mais tarde emergem sintomas de TC. Considerando que a desatenção sozinha representa um risco menor, mesmo um único sintoma de TDAH ou TC está associado com aumento do risco (ELKINS; MCGUE; IACONO, 2007).

O uso de substâncias interfere no desenvolvimento de novas competências e habilidades sociais, com consequências na autonomia do adolescente, afetando sua competência quando adultos. Viver em um contexto social desfavorecido, com o abuso de substâncias, juntamente com associação a grupos onde o crime ocorre, é um dos fatores que pode levar o adolescente a ter conflitos com a lei.

A disponibilidade de drogas na propriedade da escola foi associada à maior violência, sendo que as drogas ilegais estão mais facilmente disponíveis para os adolescentes mais velhos. Também quando mais estudantes portam armas, configura-se uma maior preocupação com a segurança (ELLICKSON; MCGUIGAN, 2000).

2.3 O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI E OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Dados epidemiológicos nos Estados Unidos da América evidenciam aumento dos transtornos psiquiátricos nesta população quando comparado a outros estudos populacionais (TEPLIN *et al.*, 2002).

Uma importante pesquisa em uma casa de detenção para jovens em Illinois, nos Estados Unidos (TEPLIN *et al.*, 2002), para verificação da incidência de transtornos psiquiátricos, utilizou o DISC 2.3 (*Diagnostic Interview Schedule for Children*), a versão validada somente para o Inglês e Espanhol. O DISC diagnostica no presente (nos últimos seis meses) os seguintes transtornos psiquiátricos: transtornos afetivos (episódio depressivo maior, distímia, episódio maníaco), ansiedade (pânico, ansiedade de separação, ansiedade generalizada e Transtorno Obsessivo Compulsivo), psicoses, Transtornos de Comportamento Disruptivo: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno Opositivo Desafiante e Transtorno de Conduta e Transtorno de Uso de Substâncias (álcool e outras drogas). Avaliaram 1.829 adolescentes, 1009 afrodescendentes, 296 brancos não hispânicos e 524 jovens hispânicos, sendo 1.172 homens e 657 mulheres, com idades entre 10 e 18 anos.

Observou-se que 66,3% dos homens e 73,8% das mulheres apresentavam algum transtorno psiquiátrico. A taxa de transtornos psiquiátricos nos afrodescendentes foi de 64,6%, nos brancos não hispânicos de 82,0% e nos hispânicos de 70,4%. Algum episódio afetivo, respectivamente, foi de 18,6%, 13,8% e 21,5%, sendo que episódios depressivos foram de 12,5%, 9,5% e 16,6% e episódio maníaco de 2,5%, 0,5% e 1,4%. No que se refere aos Transtornos de Ansiedade as taxas foram de 20,9%, 14,4% e 25,5%. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade foi visto em 17,0%, 20,9% e 13,7%. As frequências de Transtorno Opositivo Desafiante foram de 14,4%, 19,4% e 13,6% e de Transtorno de Conduta de 35,6%, 59,9% e 41,7%. Em relação ao Transtorno do Uso de Substâncias observou-se frequências de 49,9%, 62,6% e 55,4%, sendo que transtorno por uso de álcool foi de 24,6%, 30,1% e 30,8% e maconha de 44,4%, 53,8% e 45,4%, já o uso de outras drogas de 0,5%, 21,1% e 6,0% (TEPLIN *et al.*, 2002).

As principais conclusões dessa pesquisa foram que, na população de adolescentes em conflito com a lei, foram substancialmente altas as taxas de transtornos psiquiátricos, sendo o a maior parte desses adolescentes os afrodescendentes seguidos dos hispânicos e dos brancos. Uma das conclusões finais é que o serviço de detenção juvenil tem servido para afrodescendentes, pobres e que não tiveram acesso a serviços de saúde mental, ficando o sistema carcerário como uma alternativa para esta população (TEPLIN *et al.*, 2002).

O mesmo grupo de pesquisadores, em 2003, apresentou um artigo original com o título *Comorbid Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention*, utilizando a análise do mesmo grupo de jovens de Illinois. Os resultados referente as comorbidades, foram significativos; mais em mulheres (56,5%) do que homens (45,9%), apresentaram dois ou mais diagnósticos de transtorno psiquiátrico. Concluíram que a comorbidade psiquiátrica é o maior problema de saúde em jovens detidos. Recomendaram pesquisas e discussões para melhorar o tratamento e reduzir as disparidades entre os sistemas de justiça juvenil e os sistemas de saúde mental (ABRAM *et al.*, 2003).

No Brasil realizou-se uma pesquisa para verificar a morbididade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei (DE PINHO *et al.*, 2006), com objetivo de descrever o perfil psiquiátrico e destacar os transtornos e comorbidades entre os adolescentes em conflito com a lei, da Casa de Acolhimento ao Menor (CAM), Salvador-BA, em 2003. Utilizaram-se do instrumento Morbidade Psiquiátrica do Adolescente em Conflito com a Lei (MPACL I e II), desenvolvido pela equipe do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas Juliano Moreira, especificamente para este estudo em 290 jovens com idades variando entre 12 e 21 anos, média de 16,4 anos, sendo 89,3% indivíduos do sexo masculino e 10,7% dos sexo feminino. Entre os jovens, 95,1% tinham o curso fundamental incompleto ou eram analfabetos; 0,7% o fundamental completo; 3,5% o ensino médio incompleto; 0,7%, o completo.

A renda familiar observou-se que 67,6% das famílias era inferior a um salário mínimo; 24,8% entre um e três salários mínimos; 1,4% mais de três salários mínimos e 6,2% não souberam informar. Quanto a procedência 54% eram da capital do estado; 42,9% do interior; 3,1% de outras localidades.

Entre os adolescentes examinados, 24,8% não preencheram critérios para transtornos mentais, enquanto 75,2% deles foram diagnosticados como portadores

de transtornos psiquiátricos, incluindo os de conduta e o uso nocivo de substâncias psicoativas. Concluíram pela associação entre comportamento infrator e transtorno psiquiátrico. Entre os transtornos predominou o Transtorno de Conduta. Entre os jovens portadores de doença, 47,7% apresentaram transtornos em comorbidade e 52,3%, transtornos isolados. Transtornos de conduta por abuso de substância psicoativa, retardo mental e hiperkinéticos, em comorbidade, foram os mais prevalentes nesta investigação. Sugeriram a importância de procedimentos diagnósticos mais apurados na adolescência, utilizando instrumentos para a triagem e definindo precocemente o encaminhamento terapêutico mais adequado para cada indivíduo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo prospectivo, observacional de dados obtidos em anamnese psiquiátrica, entrevista diagnóstica K-SADS- PL – Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes, em uma população de adolescentes envolvidos em conflitos com a lei.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi conduzido na Vara de Adolescentes Infratores, que desenvolve um trabalho integrado com a Secretaria de Estado da Criança, por meio do Centro de Sócio-Educação de Curitiba. Com os pais, as entrevistas foram realizadas em meio aberto. Com os adolescentes, foi em uma sala, em meio fechado, com um acompanhante (um policial militar) que ficou na porta, no lado de fora.

O local reúne quatro instituições (Delegacia do Adolescente, Centro de Sócio-Educação – CENSE – Curitiba, Ministério Público e Vara de Adolescentes Infratores), caracteriza-se como uma instituição que recebe adolescentes infratores ou autores de atos infracionais da cidade de Curitiba, região metropolitana de Curitiba e das cidades do litoral do estado, excepcionalmente das cidades do interior do Paraná. Na pesquisa somente foram avaliados adolescentes de Curitiba e região metropolitana.

No funcionamento normal do local, os jovens chegam à Vara de Adolescentes Infratores, trazidos pela polícia, e o primeiro atendimento é realizado pelos técnicos de plantão (Assistentes Sociais e Psicólogos). Também é feita uma avaliação médica geral e, se necessário, o adolescente é atendido por uma enfermeira. Neste momento preenchem uma ficha com os dados pessoais do adolescente (endereço, telefone, responsáveis por ele etc.), e realizada uma pré-entrevista pelo CENSE - Curitiba. Dentro do seguimento, após estes procedimentos o

adolescente é encaminhado para a delegacia, que funciona no mesmo local, onde o delegado decide: em caso de infração leve (furto, pequenas quantidades de entorpecente, brigas na escola etc.), o jovem é liberado e é agendada uma data para ele se apresentar ao Ministério Público. Os casos mais graves, atos infracionais praticados com emprego de violência ou grave ameaça à pessoa (latrocínio, homicídio, roubo, reincidentes, lesão corporal grave, porte de armas, tráfico) são contidos e encaminhados para o Ministério Público. Inicialmente, o Promotor de Justiça estuda o caso, considerando a gravidade do ato infracional praticado e a situação sociofamiliar do adolescente e apresenta uma representação (denúncia), requerendo o internamento provisório ou postulando a liberação do adolescente. Posteriormente, o processo é encaminhado para a Vara de Adolescentes Infratores e o Juiz recebe o processo para decretar a internação provisória ou determinar a liberação do adolescente. Quando é deferido o pedido de internação provisória feito pelo Ministério Público, no máximo em duas semanas, é realizada a primeira audiência, na qual é exigida a presença dos pais. O adolescente é sempre ouvido na presença dos pais, na Delegacia, no Ministério Público e em Juízo. Nesta primeira audiência fica marcada a segunda audiência, ficando o adolescente internado por até 45 dias (este adolescente que foi o objeto do estudo). Este prazo de 45 dias não pode ser prorrogado.

Quando o ato infracional é praticado sem violência ou grave ameaça, o Ministério Público propõe, desde logo, a aplicação de medida socioeducativa em meio aberto (Liberdade Assistida, Prestação de Serviços à Comunidade, Reparação do Dano, Advertência), concedendo remissão, esta que pode ser pura e simples (sem nenhuma medida, um perdão judicial), ou cumulada com outras medidas socioeducativas ou Medidas Protetivas (tratamento toxicológico, tratamento psicológico, matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino, entre outras). Neste caso, o processo é encaminhado ao Juiz que pode ou não homologar a proposição feita pelo Ministério Público.

A pesquisa teve a duração de 16 meses, ocorreu entre os meses de fevereiro de 2008 a maio de 2009.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

Foi constituída de crianças e adolescentes em conflito com a lei encaminhados para a Vara de Adolescentes Infratores de Curitiba. Foram objeto da pesquisa 70 crianças e adolescentes; destes, um foi excluídos por inconsistências das informações prestadas pelo responsável, restando uma amostra de 69 casos.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Adolescentes do sexo masculino internados na Vara de Adolescentes Infratores;
- Idade de 12 anos a 16 anos e 11 meses;
- Há 15 dias sem uso de drogas ilícitas;
- Aptos física e mentalmente a participar de entrevista e testagens neuropsicológicas.

3.3.2 Critérios de exclusão

- O sujeito ou familiares que ofereçam respostas que não sejam confiáveis;
- Sujeito e familiares que não forneçam informações suficientes para as análises da pesquisa;
- No momento das entrevistas e da aplicação dos testes neuropsicológicos, o adolescente apresentar qualquer doença física ou mental que o impossibilite a participar.

3.4 AMOSTRAGEM

A amostragem se deu de forma não probabilística, por conveniência, de todos os casos encaminhados a Vara de Adolescentes Infratores de Curitiba.

3.5 RECRUTAMENTO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os adolescentes e seus familiares que participaram da pesquisa foram recrutados nos dias de visita. Os menores foram selecionados de forma aleatória, pela lista de adolescentes internados, que estavam cumprindo medida socioeducativa, que eram do sexo masculino, com idade de 12 anos a 16 anos e 11 meses.

Nas visitas de domingo foram selecionados os adolescentes que haviam entrado até o 25º dia, mas as entrevistas com os adolescentes só ocorreram após o 15º dia de internamento, para que os adolescentes estivessem em abstinência de substâncias há mais de 15 dias, para os casos que este problema estivesse ocorrendo. Em grupo, ao final da visita, os pais participavam de uma explicação sobre a pesquisa. No caso de aceite, os pais assinaram o termo de consentimento, para que se desse início à pesquisa e também nesse momento eram marcados os horários para os pais, em um primeiro momento para ser realizada a anamnese e a aplicação do CBCL (instrumento utilizado em outro estudo) e em um segundo momento para a aplicação do K-SADS-PL.

Inicialmente, os pais ou a pessoa responsável que mais conhecia o adolescente foram submetidos a uma anamnese psiquiátrica realizada por três estudantes de medicina e psicologia treinadas pelo pesquisador. Após a anamnese, foi aplicada a entrevista semiestruturada para diagnóstico em Psiquiatria da Infância e Adolescência, versão brasileira da K-SADS-PL. A aplicação de K-SADS-PL foi realizada pelo pesquisador (que realizou 80% destas aplicações) e por dois outros psiquiatras.

Os adolescentes passaram por uma avaliação neuropsicológica, os resultados serão discutidos em uma dissertação de mestrado - Avaliação

Neuropsicológica do Adolescente em Conflito com a Lei. Ainda está em análise dos dados, sem nenhum dado disponível.

3.6 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E COLETA DE DADOS

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram:

1. ANAMNESE PSIQUIÁTRICA – utilizada no Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência – CENEP- HC- UFPR. Esta anamnese foi elaborada, por meio da coletânea das anamneses utilizadas nos serviços de Residência e atendimento em Psiquiatria da Infância e Adolescência, de Ribeirão Preto e na Universidade de São Paulo (USP) (Apêndice 1).
2. K-SADS- PL – Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Este instrumento foi adaptado da K-SADS-P (Versão de Episódio Presente) pela Dr.^a Kaufman e colaboradores em outubro de 1996 e validado para o português em junho de 2003, pela Dr.^a Heloisa Helena Brasil. Instrumento reconhecido e utilizado por pesquisadores em vários países, para pesquisas na área da Psiquiatria da Infância e Adolescência (Anexo 1).
3. DADOS DE INFORMAÇÕES – de autoria do pesquisador, com o objetivo de organizar os principais dados obtidos da anamnese e dos resultados do K-SADS-PL (Apêndice 2).

3.6.1 Anamnese psiquiátrica

Foi realizada com os pais, com objetivo de coletar dados completos sobre os transtornos que podiam estar ou não acometendo aquele adolescente. Também teve como objetivo estabelecer vínculo com os examinados. Nesta anamnese começou levantando o problema principal, seu início e como se desenvolveu até aquele momento.

A anamnese consta de: 1. Antecedentes Pessoais: gravidez e intercorrências, parto, desenvolvimento neuropsicomotor e antecedentes patológicos; 2. Hábitos; 3. Conduta Pré-Mórbida; 4. Escolaridade; 5. Sexualidade; 6. Árvore Genealógica; 7. Antecedentes Familiares; 8. Estudo Familiar; 9. Exame Psíquico; 10. Questionário da Abipeme (classificação socioeconômica) (Apêndice 1).

3.6.2 A aplicação do K-SADS-PL, Versão Brasileira da *Schedule Affective Disorder and Schizophrenia for Scholl Aged-Children* para crianças de 6 a 18 anos

Esta entrevista diagnóstica semiestruturada foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar a história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida, em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-III e DSM-IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. Os diagnósticos principais avaliados pelo K-SADS-PL são: Depressão Maior, Distímia, Mania, Hipomania, Ciclotímia, Transtornos Bipolares, Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Psicose Reativa Breve, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação na Infância e Adolescência, Fobias Simples, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada e (ou) de Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Enurese, Encoprese, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno Transitório de Tique, Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Vocal ou Motor Crônico, Abuso de Álcool, Abuso de Substâncias, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ajustamento. O entrevistador deve sentir-se livre para adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança e usar a linguagem fornecida pelos pais ou criança, quando interrogados sobre sintomas específicos (BRASIL, 2003).

A K-SADS-PL é administrada entrevistando-se um dos pais (ou os dois), a criança e (ou) adolescente, finalmente, chegando a uma pontuação conclusiva, que inclua todas as fontes de informações (pais, crianças, escola, prontuário e outras) (BRASIL, 2003).

A administração da K-SADS-PL requer a aplicação de: 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada (no caso da pesquisa foi a anamnese psiquiátrica); 2) uma Entrevista de Rastreamento para Diagnóstico; 3) a Lista de Checagem de Suplementos a serem Completados; 4) os Suplementos Diagnósticos Adequados; 5) a Folha de Resumo dos Diagnósticos; 6) a pontuação da Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS). De início, a K-SADS-PL é completado com cada informante separadamente (BRASIL, 2003).

A aplicação deste instrumento somente foi realizada pelo Pesquisador (a maior parte) e por dois outros psiquiatras. Todos os questionários foram revistos e analisados pelo pesquisador.

A K-SADS-PL é uma entrevista clínica semiestruturada tendo como informante a criança e seu responsável legal, em geral quem respondeu foi a mãe. Posteriormente os adolescentes também passaram pela aplicação do K-SADS-PL, pelo mesmo médico que aplicou com os pais. A partir dessas informações, o entrevistador precisou usar seu julgamento clínico para garantir a correta avaliação das respostas tendo como base duas fontes de informações, muitas vezes divergentes, e discernir sobre a pontuação conclusiva, segundo critérios dos autores do instrumento (BRASIL, 2003).

Na aplicação da entrevista foi necessário um bom treinamento dos entrevistadores para que as informações obtidas fossem confiáveis. Todos os aplicadores receberam treinamento para a utilização do instrumento, pela médica que validou o instrumento para o português, Dr.^a Heloisa Helena Brasil, residente na cidade do Rio de Janeiro.

No emprego da K-SADS-PL é importante enfatizar a necessidade de um amplo conhecimento sobre o desenvolvimento emocional da criança, sobre os fenômenos psicopatológicos na infância e adolescência, sobre a influência do contexto familiar e sociocultural nas manifestações sintomáticas e sobre a credibilidade das fontes de informações. Para a pontuação dos itens, é importante o domínio do conteúdo do instrumento tendo como referência os critérios do DSM-IV (BRASIL, 2003).

3.6.3 Dados de informações

Para organização dos principais dados da pesquisa foi criado esse registro (Apêndice 2), contendo identificação do adolescente somente com as iniciais do nome e sobrenome, idade, raça, grau de instrução, se parou de estudar (a quanto tempo), se o adolescente já havia trabalhado ou se estava trabalhando no momento que ocorreu o delito, qual o delito que levou o adolescente cumprir aquela medida socioeducativa, se era reincidente ou não. Quais os tratamentos anteriores psicológico, psiquiátrico e neurológico. Com quem o adolescente morava, a situação conjugal dos pais, quantos irmãos tinha, grau de instrução e profissão dos pais, se os pais apresentavam algum problema psiquiátrico e se utilizavam medicamentos. Familiares de primeiro grau com envolvimento com a lei. Também a classificação socioeconômica e o diagnóstico do K-SADS-PL.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram obtidos pelo pesquisador e registrados no instrumento de coleta de dados. Os dados foram digitados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel®*), conferidos e exportados para posterior análise estatística (*Statistica - Statsoft®*).

A estimativa da diferença entre médias entre os grupos de estudo, para variáveis de distribuição contínua, simétrica e grupos independentes foi realizada pelo teste t de Student e para as de distribuição assimétrica pelo teste de Mann-Whitney.

A estimativa da diferença entre frequências foi realizada pelo teste exato de Fisher para as variáveis categóricas nominais e teste qui-quadrado para tendências lineares para variáveis ordinais.

O modelo Regressão Logística foi utilizado para estimar quais as variáveis independentes estudadas estão associadas ao perfil do adolescente em conflito com a lei e à gravidade do delito.

Para todos foram utilizados testes bicaudais, considerando que as diferenças podem estar distribuídas para ambos os lados da curva, com nível de significância mínimo de 5%.

3.8 ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa recebeu seu registro na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná (BANPESP) – n.º 2007022196 (Anexo 2), foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos (HC-UFPR) - (Anexo 3): CAAE: O265.0.208.000-07 e Registro CEP: 241.ext.042/2007-11.

3.8.1 Termo de consentimento livre e esclarecido

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo responsável legal (Apêndice 3) e o de Assentimento assinado pelos adolescente (Apêndice 4), após esclarecimento da pesquisa.

3.9 MEDIDAS DE PROTEÇÃO OU MINIMIZAÇÃO DE RISCOS

Foi uma pesquisa que não apresentou nenhum risco para os adolescentes avaliados, pois as avaliações que foram realizadas estão baseadas somente em entrevistas e testes padronizados.

De benefícios os adolescentes e seus familiares receberam os resultados das avaliações psiquiátricas e neuropsicológicas. Posteriormente, foram orientados e encaminhados para os tratamentos, quando necessários, sendo oferecido o atendimento no Ambulatório de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei, criado pelos pesquisadores, inicialmente para o atendimento dos adolescentes que

participaram da pesquisa. O ambulatório tem seu funcionamento no Centro de Neuropediatria (CENEP) – Hospital das Clínicas (HC) – Universidade Federal do Paraná (UFPR). As devolutivas dos resultados da pesquisa ocorreram tanto na Vara de Adolescentes como no CENEP, algumas vezes somente para o responsável legal e outras vezes com a presença do adolescente, quando não estavam mais cumprindo a medida socioeducativa de internamento.

A pesquisa foi realizada na Vara de Adolescentes Infratores, no Bairro do Tarumã, e teve duração aproximada de 16 meses, a partir de sua aprovação.

3.10 MEDIDAS DE PROTEÇÃO E CONFIABILIDADE

Foi assegurado para o adolescente, assim como para seus familiares, que a participação na pesquisa não iria interferir nas decisões judiciais, pois as informações obtidas seriam de caráter confidencial. Os pesquisadores asseguraram o caráter anônimo dos adolescentes e a manutenção das identidades protegidas. As fichas clínicas ou outros documentos submetidos a análises foram identificados por um número. O pesquisador manteve um registro de inclusão dos pacientes mostrando códigos, nomes e endereços para uso próprio, bem como os formulários de Termo de Consentimento assinados pelos responsáveis legais (Apêndice 3) e de assentimento assinados pelos adolescentes (Apêndice 4), após esclarecimento da pesquisa. Foram mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo. Foi assegurado que o adolescente receberia uma cópia do Termo de Assentimento Livre e Informado, assim como seus familiares uma cópia do Termo de Consentimento.

3.11 FOMENTO PARA A PESQUISA E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Os recursos para a pesquisa foram arcados pelo próprio pesquisador. Foram pagas as avaliações neuropsicológicas, transporte para os familiares, lanches para os adolescentes e familiares e materiais gráficos (fotocópias para os termos de

consentimento e assentimento pós-informação, anamnese psiquiátrica, a entrevista diagnóstica K-SADS-PL).

A pesquisa recebeu total apoio da juíza responsável da Vara de Adolescentes Infratores, onde aconteceu toda a investigação (Anexo 4).

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

4.1.1 Idade, sexo e tratamentos anteriores

Constituíram a amostra deste estudo 69 adolescentes em conflito com a lei, todos do gênero masculino e com idade em média de $15,5 \pm 0,8$ anos e $6,5 \pm 3,5$ meses, variando de 12 a 16 anos e 0 a 11 meses (IC 95% = 15,3 -15,7 anos). Quarenta e dois adolescentes eram da raça branca (60,9%), quatro negros (5,8%), 21 pardos (30,4%) e um amarelo (1,4%).

Em 17 casos (24,6%) houve relato de tratamento psiquiátrico anterior, em sete tratamento neurológico (10,1%) e em 28 tratamento psicológico (40,6%).

4.1.2 Escolaridade

Apenas 10 adolescentes chegaram ao ensino médio: oito ao 1.º ano e dois ao 3.º ano. Os demais apresentaram escolaridade de nível fundamental (Tabela 1).

Em relação à situação atual na ocasião da pesquisa, observou-se que 18 adolescentes (26,1%) estavam frequentando a escola regularmente, enquanto 51 (73,9%) estavam em mediana há 12 meses (variando de 1 a 48 meses), sem ir à escola.

Dos 69 adolescentes, 34 (54,0%) informaram já ter trabalhado e de 49, cuja informação estava disponível, apenas seis (8,7%) estavam trabalhando na ocasião da detenção.

TABELA 1 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

	n	%
Nenhuma	02	2,9
Fundamental	57	2,9
4	03	4,3
5	27	39,1
6	12	17,4
7	08	10,1
8	07	11,6
Médio	10	14,5
1	08	11,5
2	00	0,0
3	02	2,9

FONTE: O autor (2011)

4.1.3 Características dos pais e família

Quanto à escolaridade das mães, de 3 delas não foi possível obter a informação, 1 sem estudo, 1 só estudou até a primeira série do ensino fundamental, 6 delas a terceira série, 15 a quarta série, 11 a quinta série, 2 a sexta série, 5 a sétima série, 11 a oitava série, 2 estudaram o primeiro ano do ensino médio e 8 concluíram o ensino médio. Sobre os pais, 10 não foi possível obter a informação, 6 deles por não conhecerem o pai, outros 4 não souberam informar, 1 não tinha estudo, 3 estudaram até a terceira série do ensino fundamental, 10 a quarta série, 8 a quinta série, cinco a sétima série, 13 a oitava série, 2 tinham o ensino médio incompleto e 12 concluíram o ensino médio, 1 com terceiro grau incompleto e 1 completo.

O gráfico 1 ilustra a distribuição do nível de escolaridade dos pais.

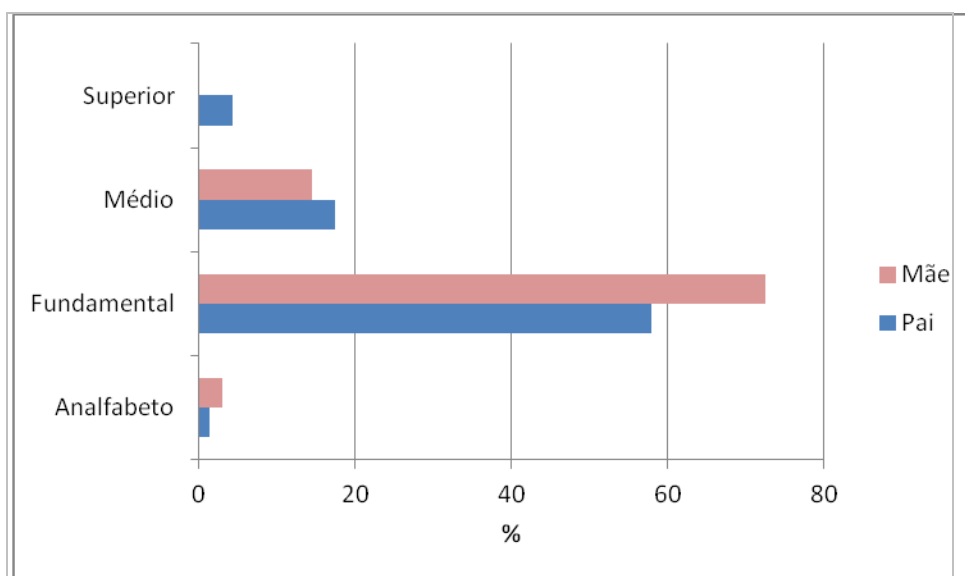


GRÁFICO 1 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

As atividades profissionais dos pais informadas foi bastante diversa, sendo registrado um caso de desempregado e um caso de traficante, entre as mães oito eram do lar (11,6%), uma desempregada e uma traficante.

Em 28 casos observou-se a presença de transtorno psiquiátrico dos pais (40,6%), o alcoolismo foi o mais frequente (14 casos, 51,8%), seguido de dependência química (10 casos, 37,0%). Para as mães, esta frequência foi de 19 casos (27,5%), sendo depressão o principal transtorno (09 casos, 47,4%).

Em 33 dos casos (49,2%), observou-se a presença de outros membros da família em conflito com a lei, sendo principalmente primos (16 casos), tios (09 casos) irmãos (07 casos) e pai (03 casos).

O gráfico 2 ilustra a distribuição da situação conjugal dos pais, com predomínio de pais separados e casados.

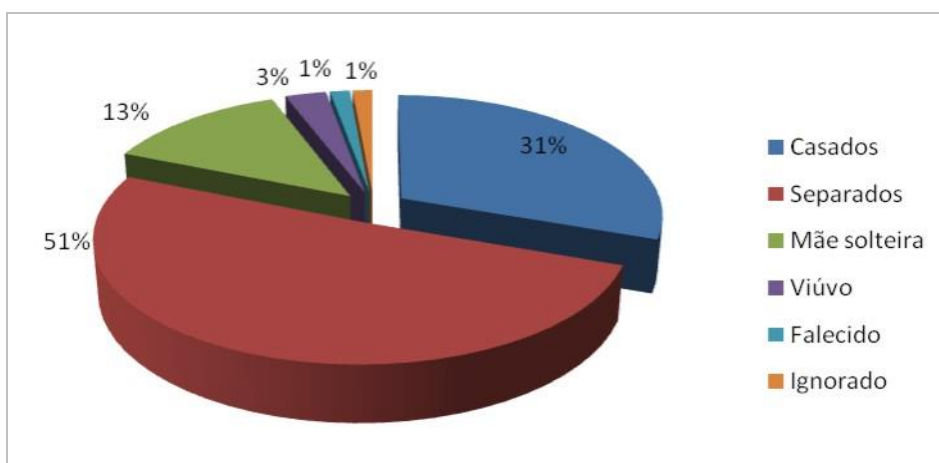


GRÁFICO 2 - SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

4.1.4 Características do ambiente

O gráfico 3 ilustra com quem os adolescentes informaram residir. Em 45,0% dos casos os adolescentes residiam com a mãe, 29% com ambos os pais, 10% com o pai, 10% com os avós, 2% com os tios, 2% com a companheira, 2% morava na rua e 2% essa situação foi ignorada.

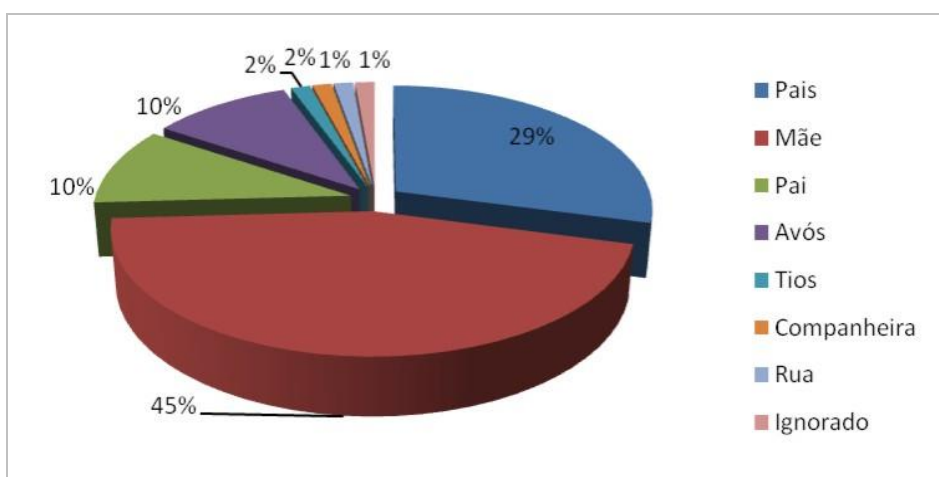


GRÁFICO 3 - COM QUEM RESIDIAM OS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Em 40,6% dos casos os adolescentes apresentavam 2 irmãos ou menos, em 42% de 3 a 5 irmãos e em 13% mais de 5 irmãos; em 91,3% dos casos os irmãos eram dos dos mesmos pais.

A distribuição quanto aos municípios da região metropolitana e bairros da cidade de Curitiba informados foi bastante variável, mas as maiores frequências foram registradas para os municípios da região metropolitana de Curitiba: São José dos Pinhais (8,7%), Almirante Tamandaré (7,2%), Colombo (5,8%), Araucária (4,3%), Pinhais (4,3%) e bairros da periferia de Curitiba: Sítio Cercado (5,8%), Vista Alegre (4,3%) e Vila Osternak (4,3%). As outras regiões apresentaram frequências inferiores a 4%. Somente 8,6% dos adolescentes moravam em bairros que não são reconhecidos como bairros violentos, o restante são moradores de bairros ou municípios da região metropolitana reconhecidos por serem bairros mais pobres e com maior índice de violência.

O gráfico 4 ilustra a distribuição da amostra no que se refere à classe social dos adolescentes. Observou-se predomínio das classes C (28 adolescentes), D (19 adolescentes) e E (8 adolescentes), já na classe A (1 adolescente) e na B (6 adolescentes), em 8 deles não foi obtida a informação.

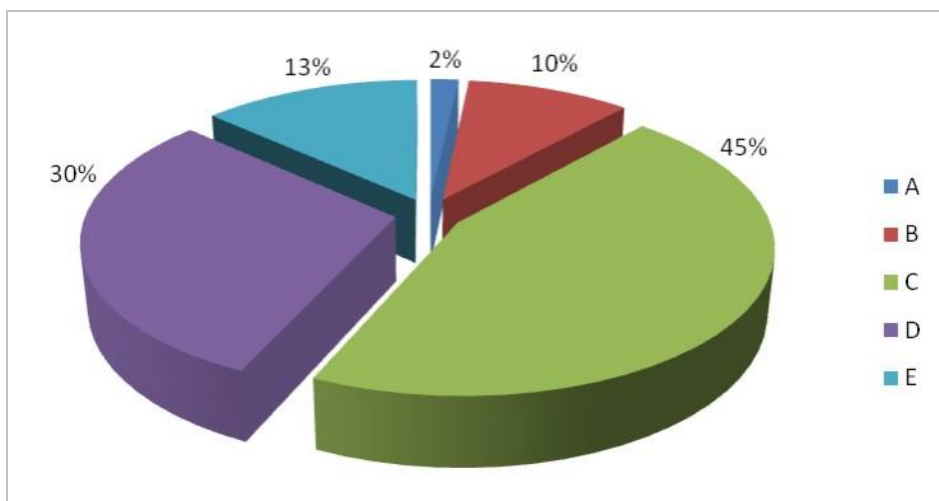


GRÁFICO 4 – CLASSE SOCIAL DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

4.1.5 Características dos delitos

O delito mais frequentemente observado foi o roubo, em 66,7% dos casos seguido de homicídio em 8,7% dos casos, 4,4% (tentativa de homicídio), 3,1 (latrocínio) (Gráfico 5). A reincidência dos delitos foi observada em 26 casos (37,7%).

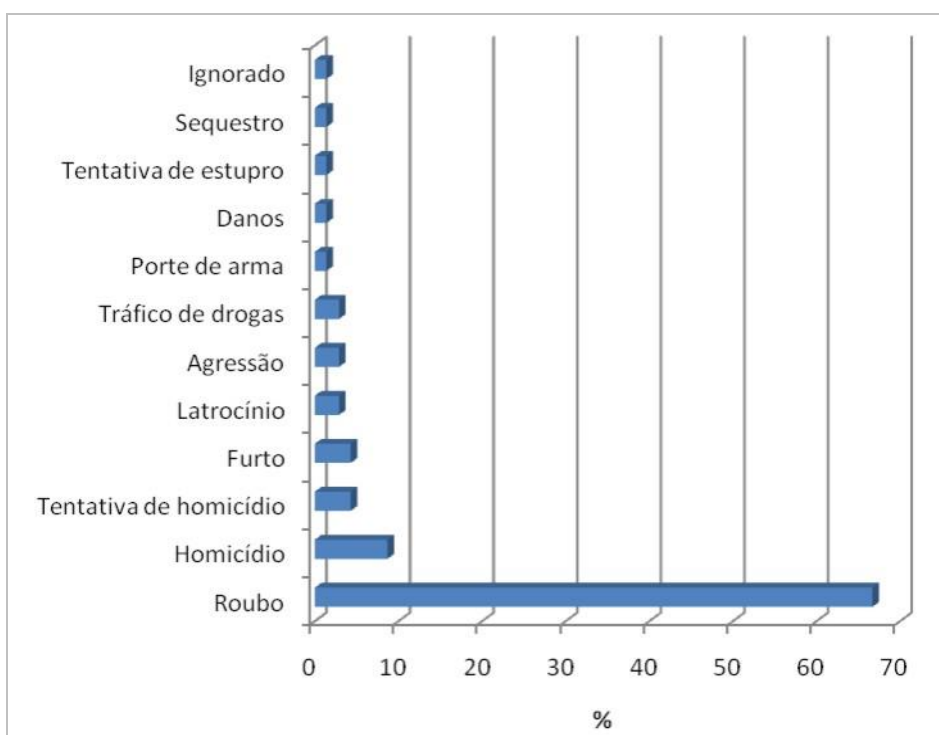


GRÁFICO 5 - TIPOS DE DELITOS COMETIDOS PELOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Os delitos foram classificados como graves ou maiores em 13 casos (18,8%) (sequestro, homicídio, latrocínio, tentativa de homicídio e tentativa de estupro) e leves ou menores nos demais casos (81,2%) (danos, furto, porte de arma, agressão, roubo e tráfico de drogas).

Nas tabelas 2 e 3 estão reunidas as principais características observadas nos adolescentes em conflito com a lei na amostra estudada.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

CARACTERÍSTICA	%
Número de adolescentes, masculinos	69
Idade (anos)	16,0 \pm 0,8
Raça branca	60,9
Ensino médio	14,5
Estudando	26,1
Fora da escola	73,9
Meses sem estudar	12 (1 – 48)
Já trabalhou	49,3
Trabalha	8,7
Tratamento anterior	
Psiquiátrico	24,6
Neurológico	10,1
Psicológico	40,6
Escolaridade dos pais (Ensino Médio/Superior)	
Pai	21,6
Mãe	14,5
Transtorno Psiquiátrico	
Pai	40,6
Mãe	27,5
Problemas com a lei na família	49,2
Situação conjugal dos pais	30,4
Casados	30,4
Separados	51,0
Mãe solteira	13,0
Pais iguais	91,3
Reside com os pais	29,0
2 a 5 irmãos	66,7
Classe Social (C, D, E)	86,8
Residência em área violenta	

FONTE: O autor (2011)

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DOS DELITOS
DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO
COM A LEI

CARACTERÍSTICA	%
Delito Leve	81,1
Delito Grave	18,8
Tipo de delito	
Roubo	66,7
Homicídio	8,7
Tentativa de Homicídio	4,3
Furto	4,3
Latrocínio	2,9
Agressão	2,9
Tráfico	2,9
Seqüestro	1,4
Porte de arma	1,4
Danos	1,4
Tentativa de estupro	1,4
Desconhecido	1,4
Reincidência	37,7

FONTE: O autor (2011)

4.2 OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

A frequência de Transtorno de Humor (TH) foi de 15,9%, de Transtorno de Ansiedade (TA) 24,6%, de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade 43,5%, Transtorno de Abuso de Substâncias (TAS) 53,6% e Transtorno de Conduta (TC) 59,4%. O total de adolescentes com transtornos psiquiátricos foi de 81,1%. O gráfico 6 ilustra a distribuição de frequência dos transtornos observados.

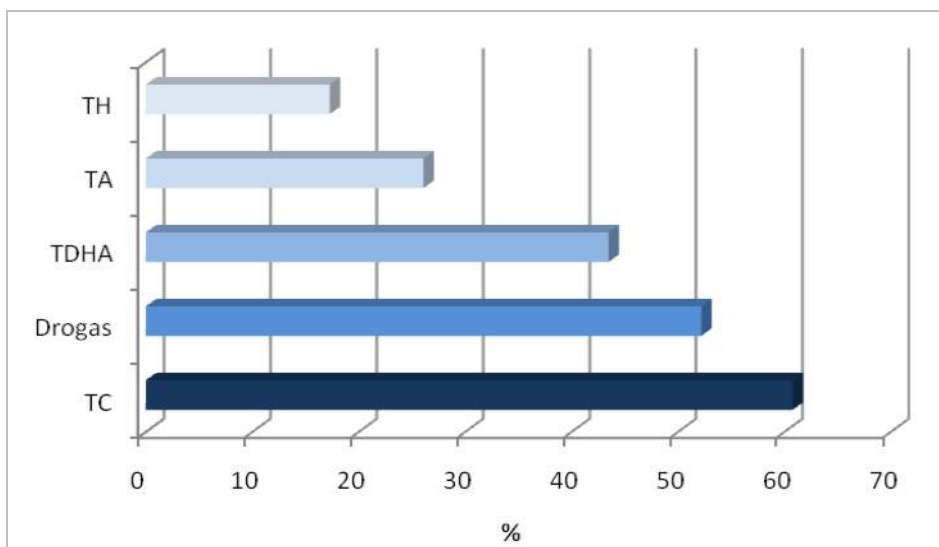


GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

O gráfico 7 ilustra a distribuição das comorbidades dos transtornos observados. Em 22% apresentaram um único diagnóstico, 17% dois diagnósticos, 26% três diagnósticos, 14% quatro diagnósticos e 2% cinco diagnósticos.

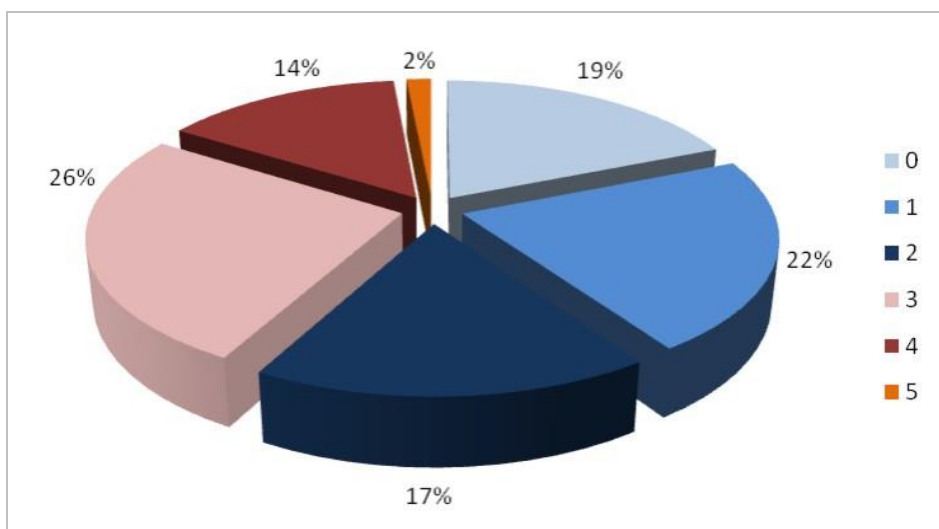


GRÁFICO 7 - FREQUÊNCIA DAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Em 30 casos (43,5%) foi observado TDHA, sendo 23 do tipo combinado (76,7%), 03 desatento (10,0%) e 04 hiperativo (13,3%) (Gráfico 8).

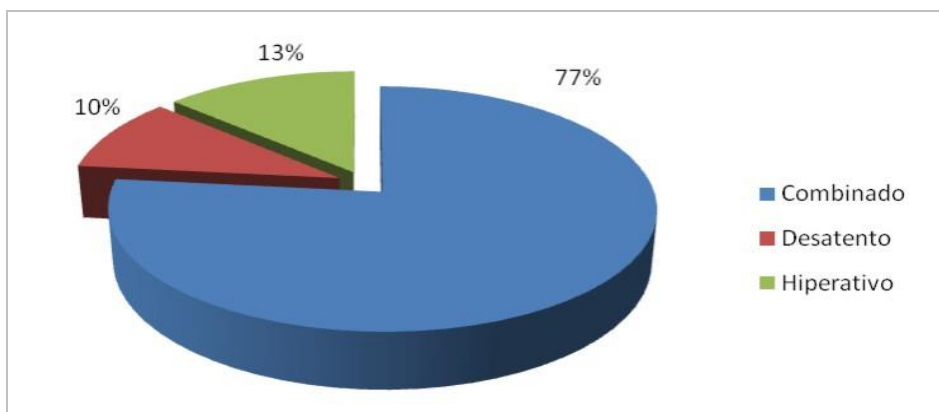


GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Em 41 casos (59,4%) foi observado TC, 13 com início na infância (31,7%) e 28 da adolescência (68,3%), dos quais 15 indiferenciado (53,6%) e 13 de grupo (46,4%) (Gráfico 9).

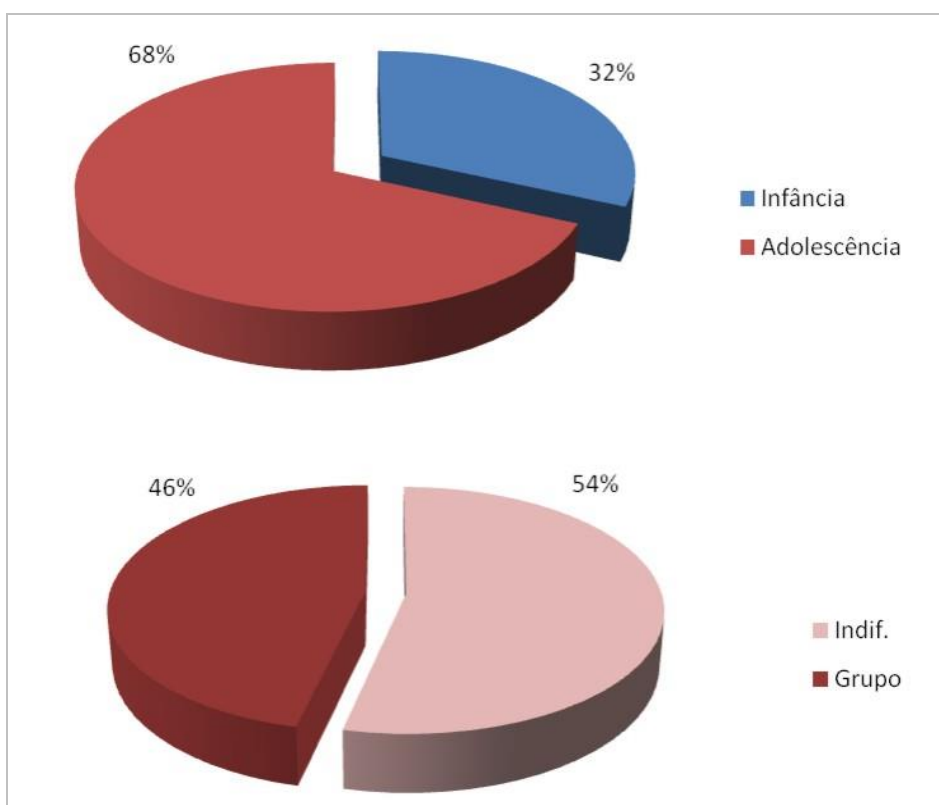


GRÁFICO 9 - FREQUÊNCIA DE TRANSTORNO DE CONDUTA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Os Transtornos de Conduta foram classificados como leve em 04 casos (9,7%), moderado em 17 casos (41,5%) e grave em 20 casos (48,8%) (Gráfico 10).

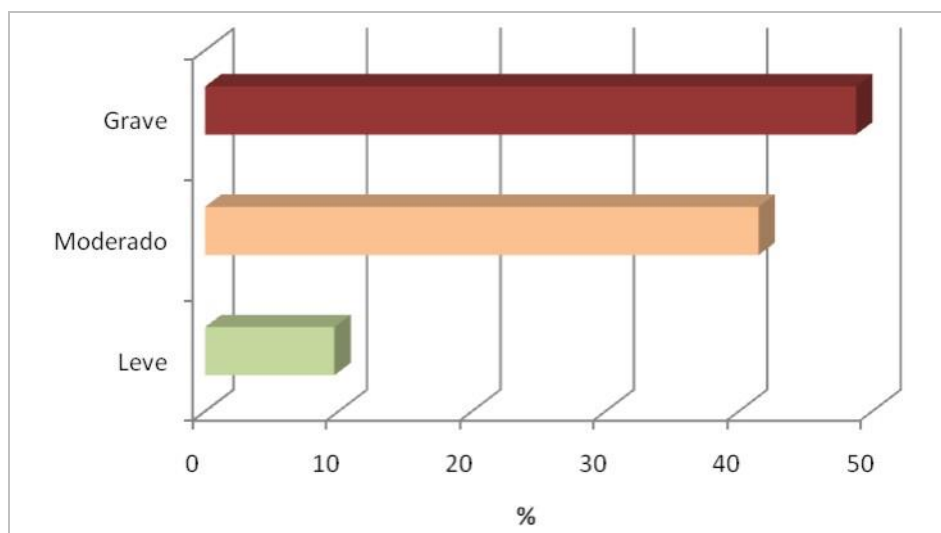


GRÁFICO 10 - GRAVIDADE DO TRANSTORNO DE CONDUTA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Em 17 casos (24,6%) foi observado TA, sendo 05 de fobia social, 3 de fobia específica, 3 de TAG, 3 de TEPT, 01 de pânico, 1 TOC e 1 de ansiedade de separação (Gráfico 11).

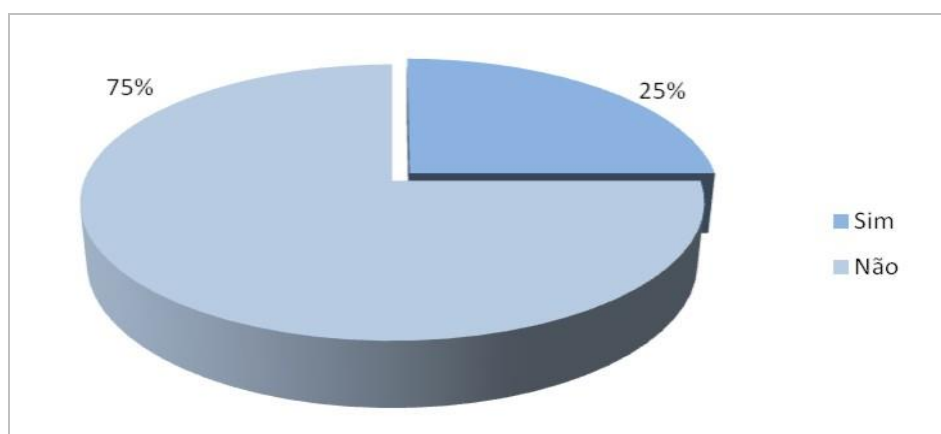


GRÁFICO 11 - FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Em 11 casos (15,9%) foi observado TH, sendo 07 Bipolar e em 04 depressão (Gráfico 12).

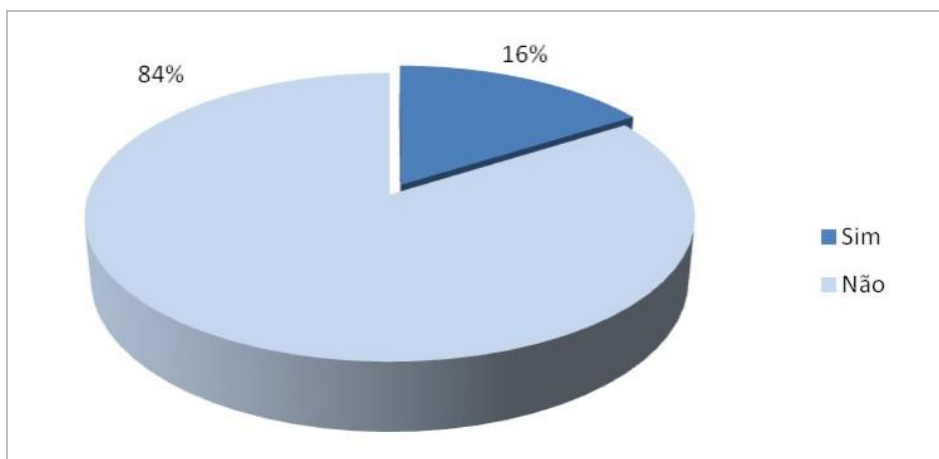


GRÁFICO 12 - FRQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE HUMOR NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Enurese noturna foi observada em 2 casos (2,8%) e Síndrome de Tourette em 01 casos (1,4%).

Em 37 casos (53,6%) foi registrado Transtorno de Abuso de Substâncias (Gráfico 13).

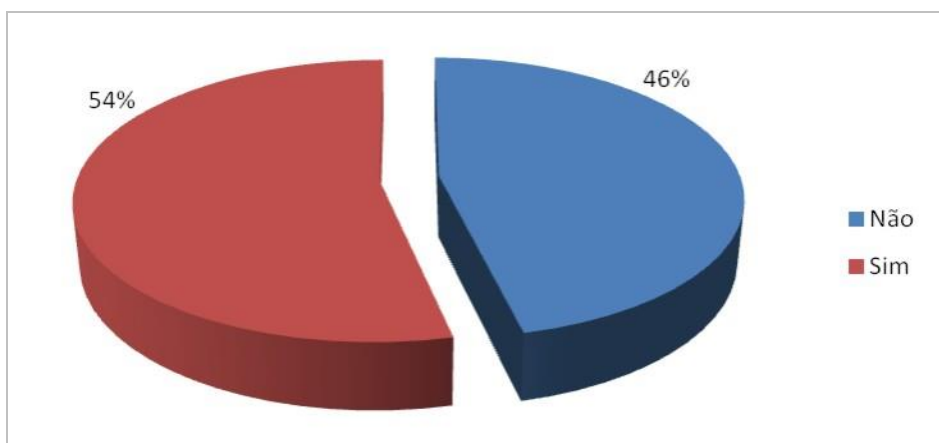


GRÁFICO 13 - FRQUÊNCIA DE TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIASS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Em 16 casos abuso (43,2%) e em 21 dependência (56,8%) (Gráfico 14).

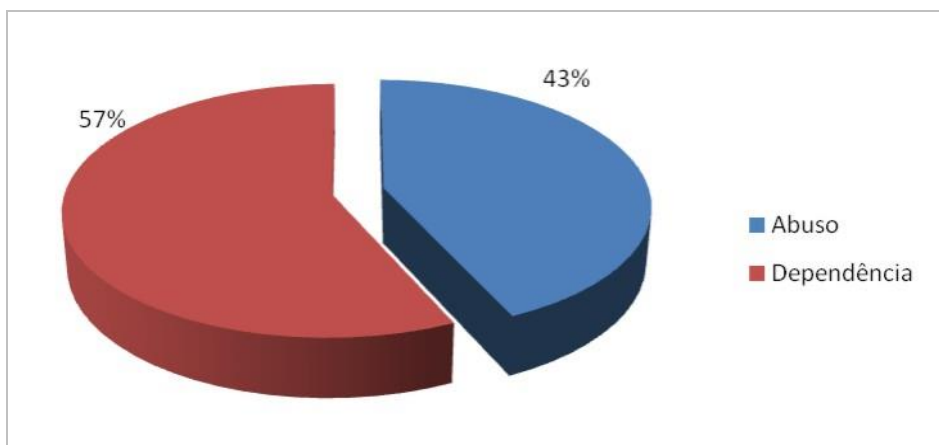


GRÁFICO 14 - GRAVIDADE DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

O gráfico 15 ilustra a distribuição do tipo de substâncias utilizadas.

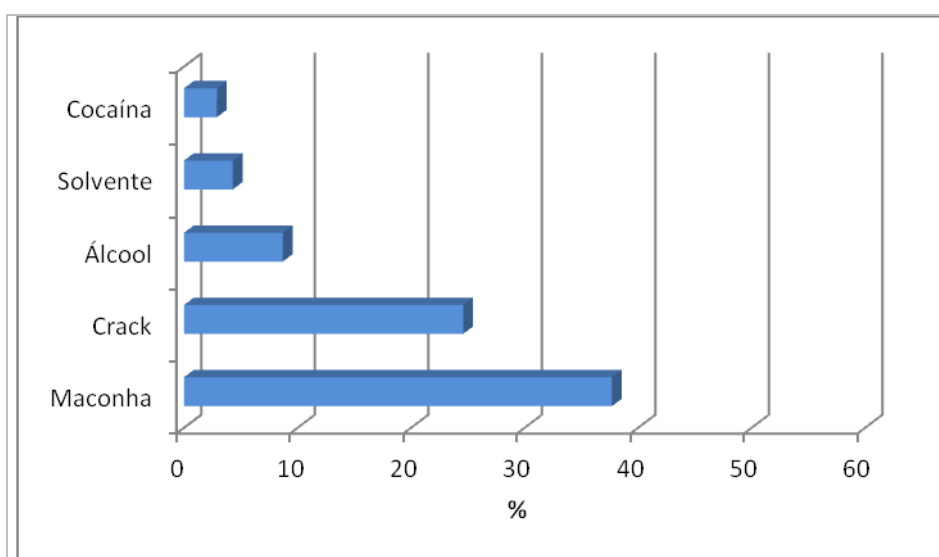


GRÁFICO 15 - SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS PELOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Dos 69 adolescentes, 37 apresentavam os critérios para o diagnóstico de Transtorno de Abuso de Substâncias (53,6%). Entre os adolescentes que abusavam de substância, a mais utilizada foi a maconha com 70,3% (26 adolescentes), seguida do crack 45,9% (17 adolescentes), 16,2% álcool (06 adolescentes), 8,1% solvente (03 adolescentes) e 5,4% cocaína (02 adolescentes). A associação mais frequente: maconha e crack, 24,3% dos adolescentes que fecharam os critérios para o Transtorno de Abuso de Substâncias.

Na população total dos 69 adolescentes em conflito com a lei, a maconha esteve presente para 37,7% dos adolescentes, o crack em 24,6%, o álcool em 8,7%, o solvente em 4,3% e a cocaína em 2,9%. A associação de maconha e crack apareceu em 13% (09 adolescentes) do total de adolescentes.

A tabela 4 reúne as informações obtidas sobre os transtornos psiquiátricos nos adolescentes em conflito com a lei estudados.

TABELA 4 - TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI (69 adolescentes)

TRANSTORNO	%
TDAH	43,5
Combinado	33,3
Desatento	4,3
Hiperativo	5,8
TC	59,4
Início na Infância	18,8
Início na Adolescência	40,6
Indiferenciado	21,7
Grupo	18,8
Leve	5,8
Moderado	24,6
Grave	29,0
Transtorno de Ansiedade	24,6
Transtorno de Humor	15,9
Transtorno de Humor Bipolar	10,1
Transtorno Depressivo	5,8
T. de Abuso de Substâncias	53,6
Solvente	4,3
Maconha	37,7
Crack	24,6
Cocaína	2,9
Álcool	8,7

FONTE: O autor (2011)

A tabela 5 apresenta as frequências das associações entre os transtornos psiquiátricos.

TABELA 5 - ASSOCIAÇÕES DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

TRANSTORNOS	TDAH	TC	TA	TH	TAS	TOTAL
TDAH	---	24 (80,0)	07 (23,3)	07 (23,3)	22 (73,3)	30 (43,5)
TC	24 (80,0)	---	12 (29,3)	10 (24,4)	28 (68,3)	41 (59,4)
TA	07 (23,3)	12 (29,3)	---	02 (11,8)	11 (64,7)	17 (24,6)
TH	07 (23,3)	10 (24,4)	02 (11,8)	---	08 (72,7)	11 (15,9)
TAS	22 (73,3)	28 (68,3)	11 (64,7)	08 (72,7)	---	37 (53,6)
Total						56 (81,1)

FONTE: O autor (2011)

4.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS ADOLESCENTES DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO

Quando se considera a comparação entre os adolescentes que cometeram delitos graves e aqueles que cometeram delitos leves, não se observa diferença significativa no que se refere à classe social ($p = 0,85$) (Gráfico 16).

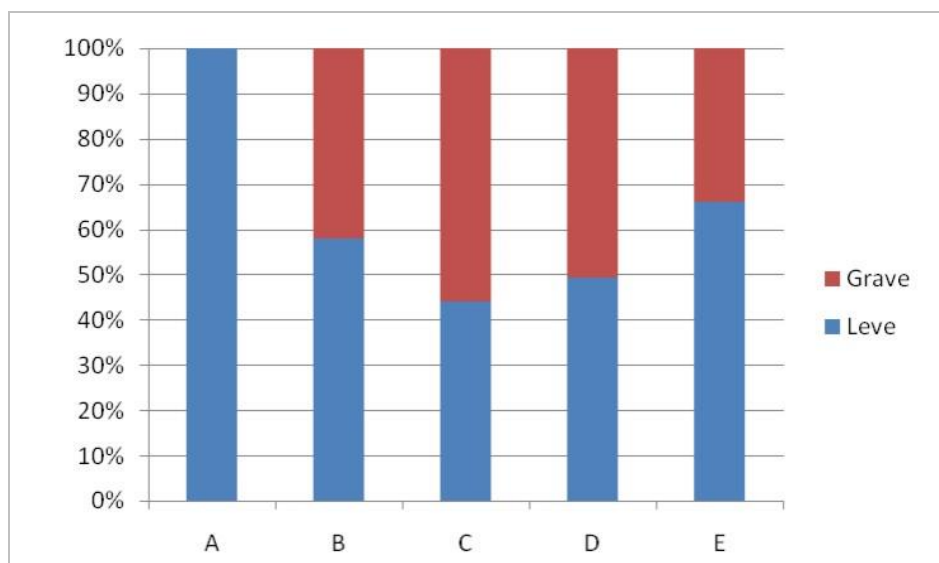


GRÁFICO 16 - CLASSE SOCIAL DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Observou-se associação entre a gravidade do delito e o nível de escolaridade. Os delitos leves foram mais frequentes com nível de escolaridade menor ($p = 0,06$) (Gráfico 17).

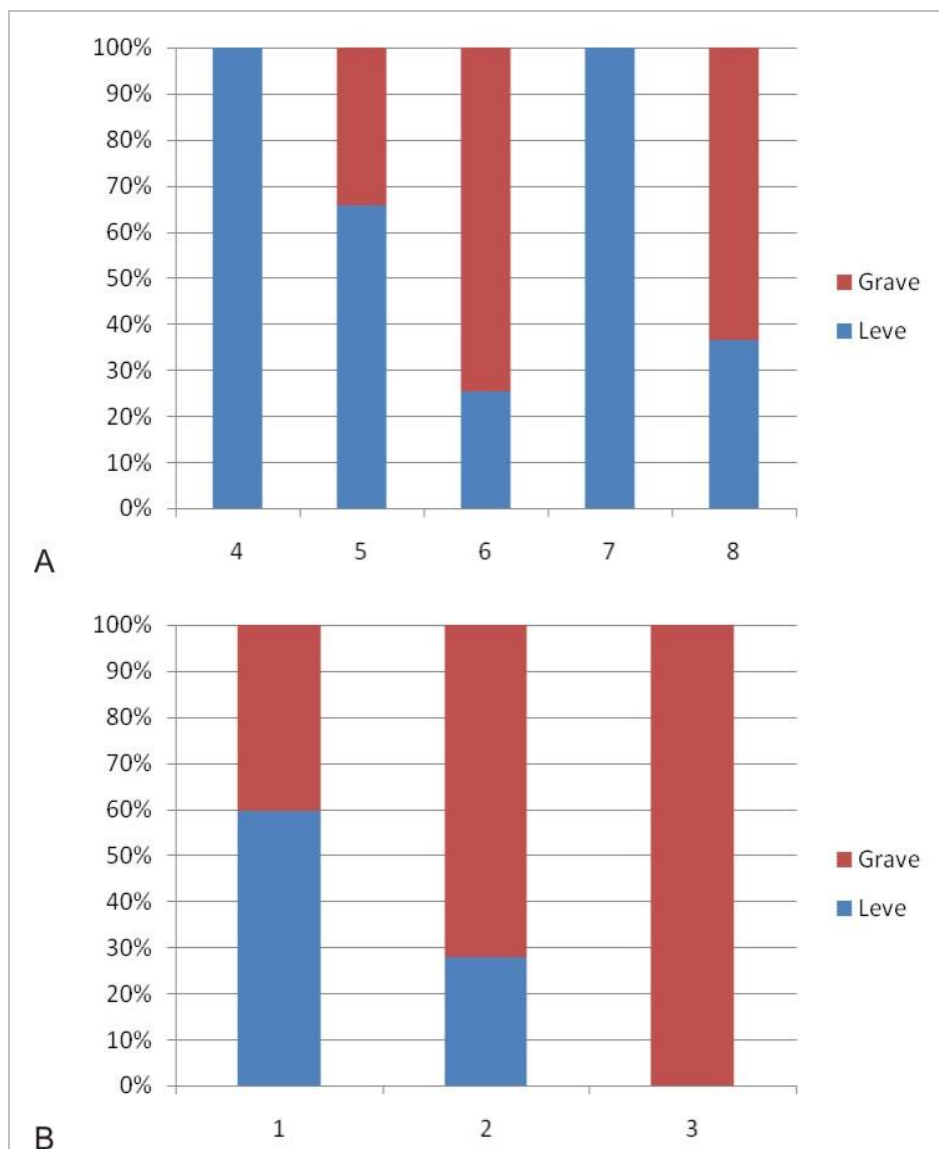


GRÁFICO 17 - ESCOLARIDADE DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

NOTA: (A) - Ensino Fundamental; (B) - Ensino Médio

Entretanto, observou-se também que os delitos leves ou graves ocorreram em sua quase totalidade (~85,0) entre os adolescentes de 15 e 16 anos.

Não se observou associação entre a gravidade do delito e a situação atual de frequência escolar. Delitos leves ou graves foram praticados na sua quase

totalidade por adolescentes que estavam estudando na ocasião da pesquisa (~90,0%).

Observou-se maior frequência de reincidência entre os adolescentes que cometeram delitos leves ($p = 0,06$) (Gráfico 18).

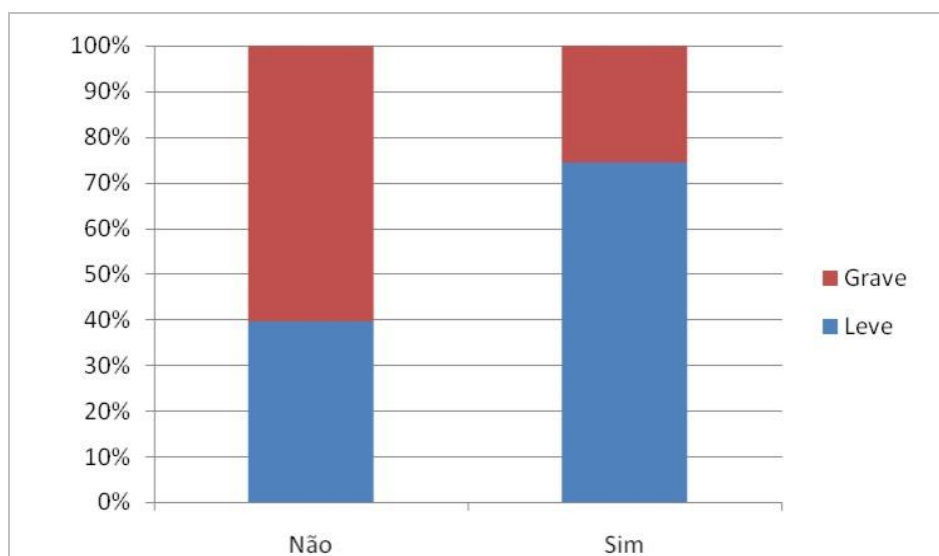


GRÁFICO 18 - REINCIDÊNCIA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se observou associação entre a gravidade do delito e o grau de instrução dos pais ou história de tratamento anterior, neurológico, psicológico ou psiquiátrico ($p > 0,05$).

A frequência de delitos leves ou graves também se apresentou igualmente distribuídas entre adolescentes com ou sem história de familiares em conflito com a lei ($p > 0,05$).

Verificou-se maior frequência de delitos graves entre os adolescentes que referiram trabalhar ($p = 0,01$) (Gráfico 19).

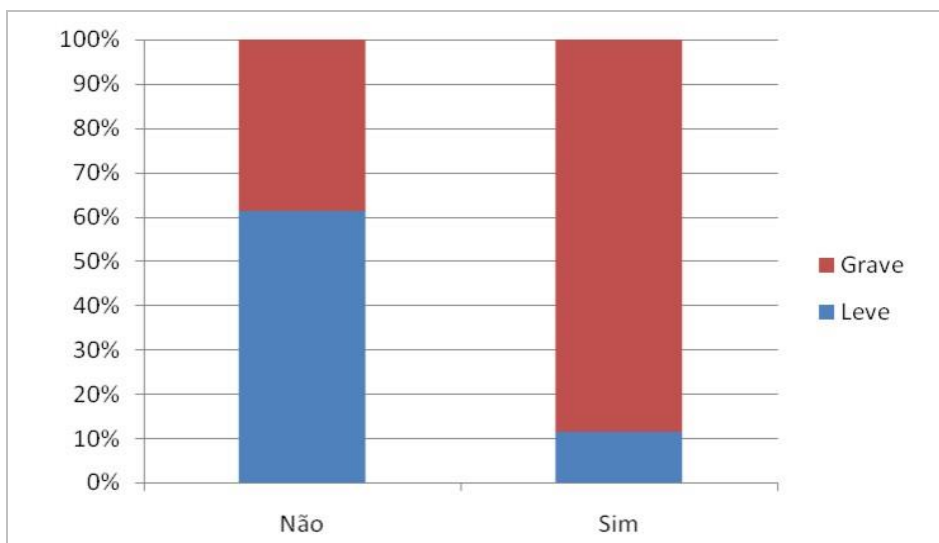


GRÁFICO 19 - TRABALHO DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se constatou diferença significativa entre a gravidade do delito e a situação conjugal dos pais, com quem reside ou número de irmãos ($p > 0,05$).

Observou-se maior frequência de delitos leves entre os adolescentes com TDHA ($p = 0,02$) (Gráfico 20).

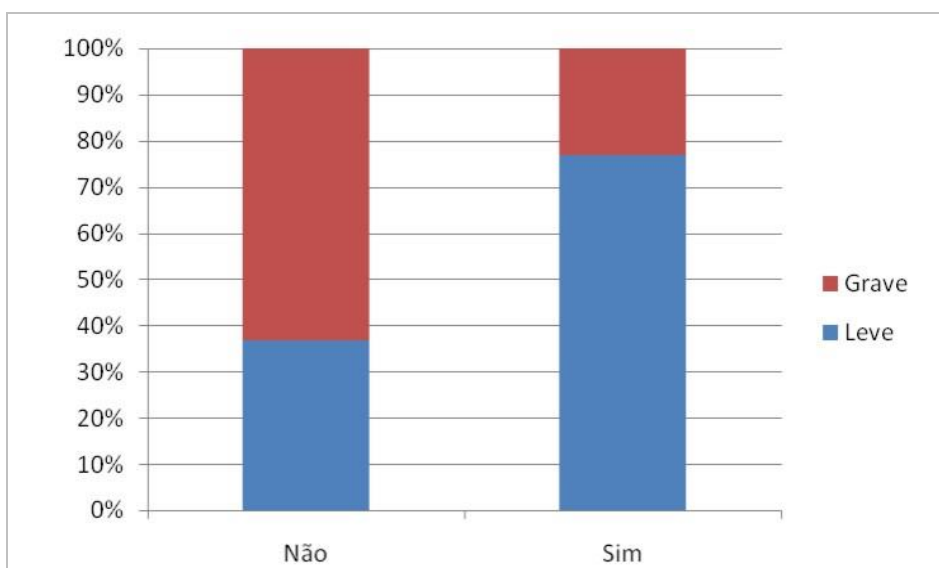


GRÁFICO 20 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Observa-se associação significativa entre TDHA e Transtorno de Abuso de Substâncias ($p < 0,001$) (Gráfico 21).

Dos 30 adolescentes do estudo (43,5%) que apresentaram o TDAH, 22 deles (73,3%), apresentaram comorbidade com Transtorno de Abuso de Substâncias, 02 usavam solvente, 14 maconha, 03 álcool, 12 crack e 01 cocaína. Sete utilizavam crack e maconha, a associação mais comum de drogas.

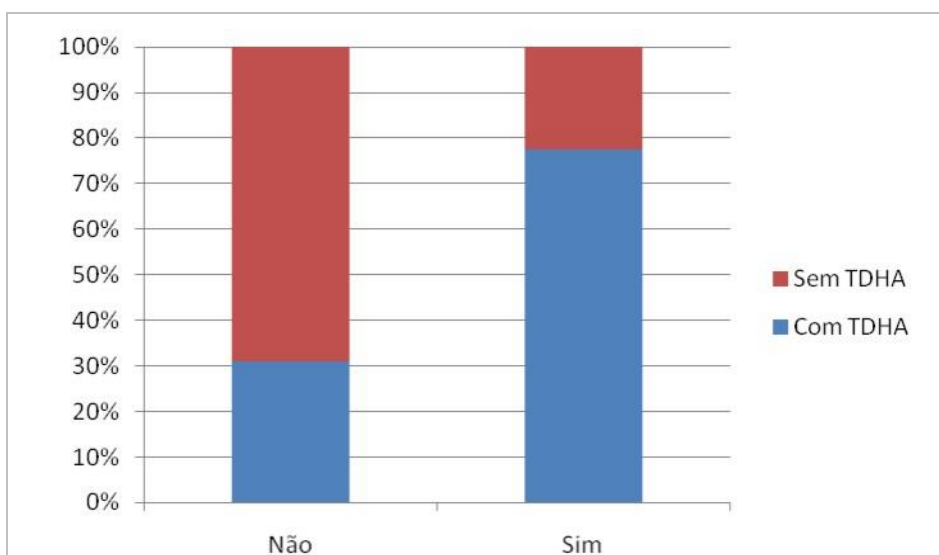


GRÁFICO 21 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO /HIPERATIVIDADE E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se observou predomínio de delito de acordo com o TC ($p = 0,34$) (Gráfico 22).

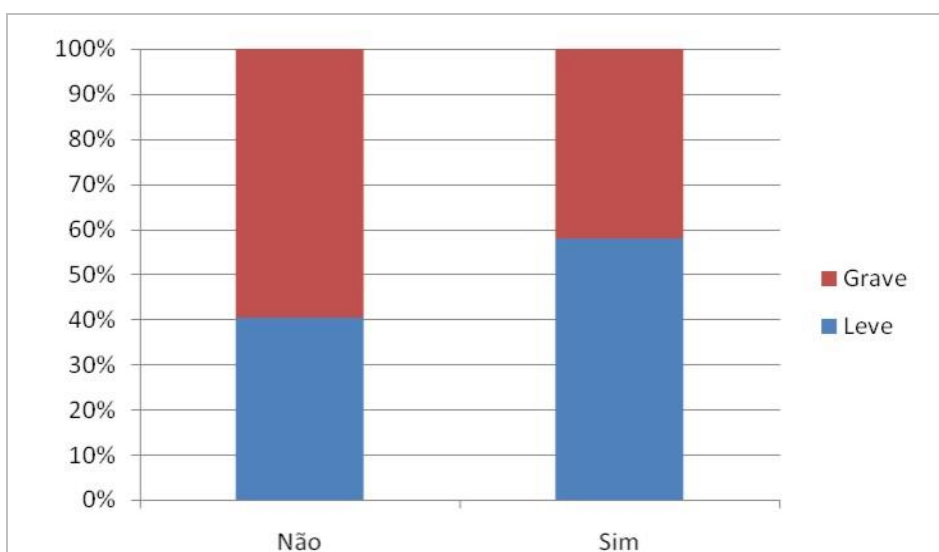


GRÁFICO 22 - TRANSTORNO DE CONDUTA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

O delito leve predominou na forma adolescência ($p=0,06$), sem diferença quanto ao grupo ($p = 0,48$) (Gráfico 23).

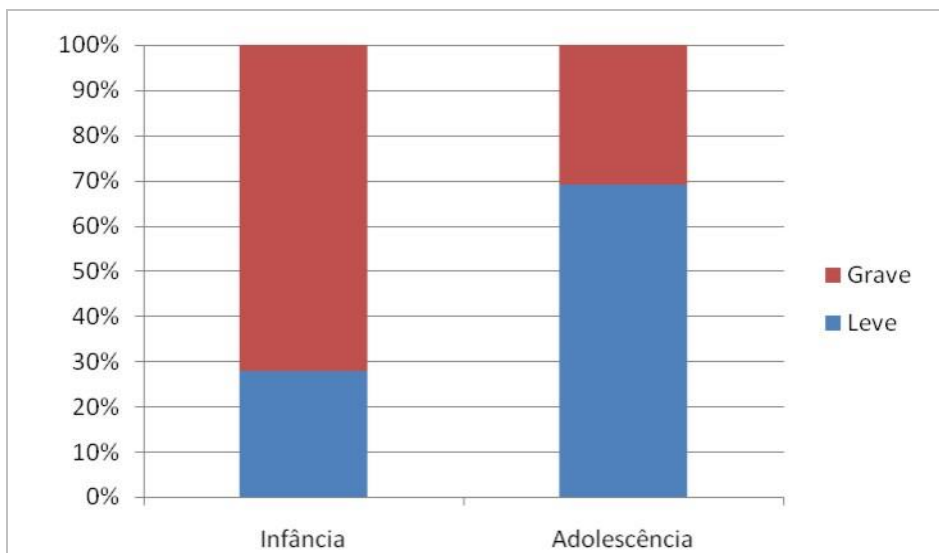


GRÁFICO 23 - TIPO DE TRANSTORNO DE CONDUTA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se observou diferença significativa entre a gravidade do TC e o tipo de delito ($p = 0,17$) (Gráfico 24).

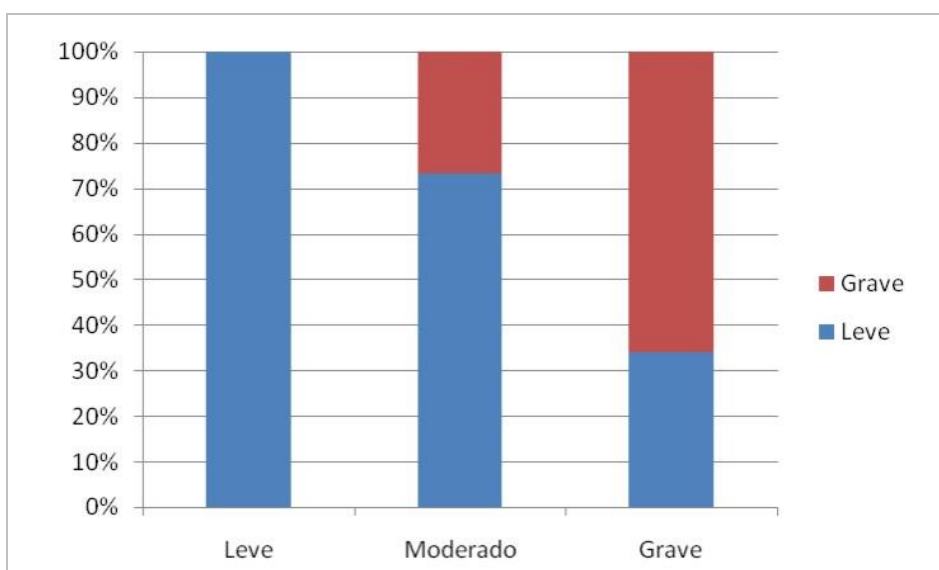


GRÁFICO 24 - GRAVIDADE DO TRANSTORNO DE CONDUTA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Com TDHA observa-se aumento da reincidência, com nível de significância limítrofe ($p = 0,08$) (Gráfico 25).

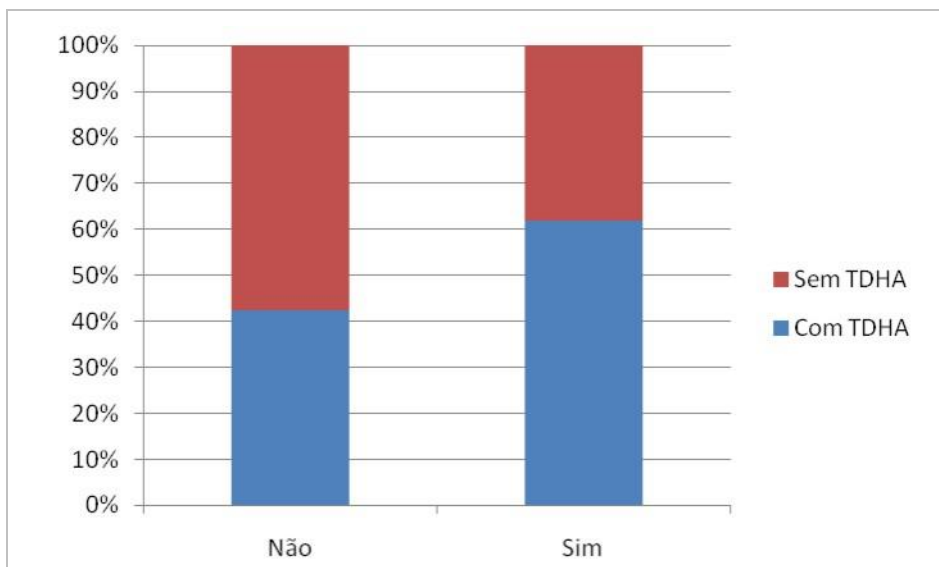


GRÁFICO 25 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E REINCIDÊNCIA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

A reincidência esteve associada ao Transtorno de Abuso de Substâncias ($p = 0,03$) (Gráfico 26).

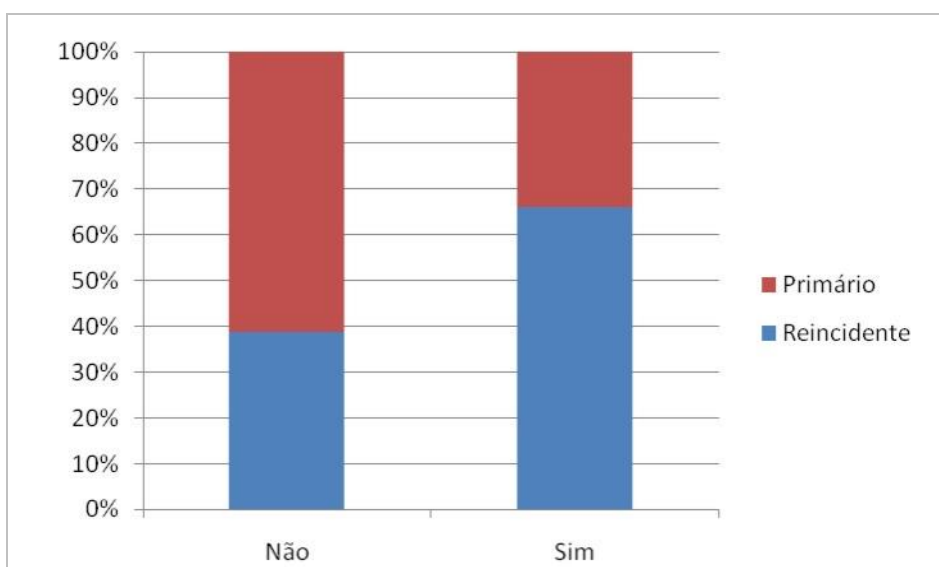


GRÁFICO 26 - REINCIDÊNCIA E TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se observou associação entre reincidência e TC ($p = 0,61$) (Gráfico 27).

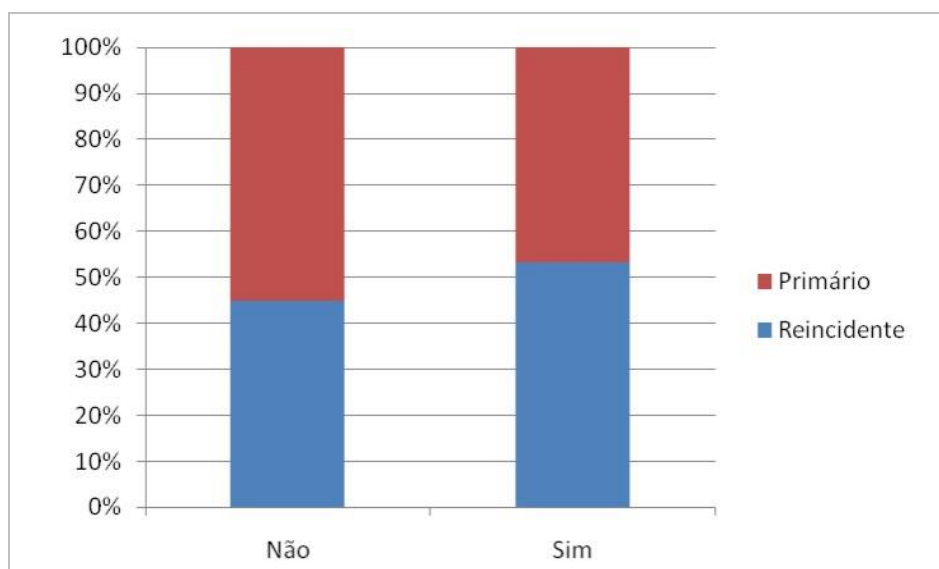


GRÁFICO 27 - REINCIDÊNCIA E TRANSTORNO DE CONDUTA NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Observou-se associação entre TC e Transtorno de Abuso de Substâncias ($p < 0,01$) (Gráfico 28).

A comorbidade de TC e Transtorno de Abuso de Substâncias foi de 68,3% e dos 9 adolescentes que apresentaram associação de maconha e crack, 7 foram diagnosticados com TC.

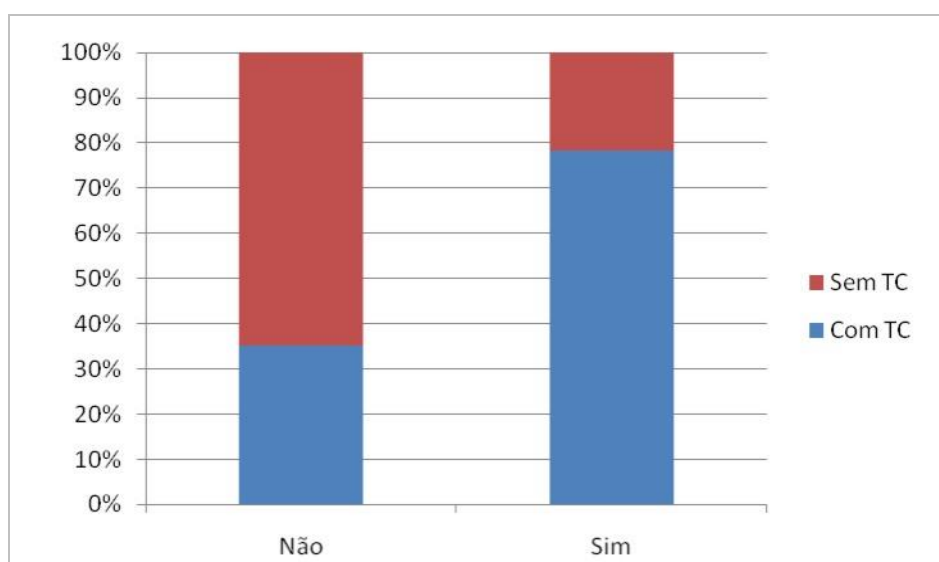


GRÁFICO 28 - TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIASS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se verificou associação entre TC com início na infância e Transtorno de Abuso de Substâncias ($p = 0,73$) (Gráfico 29).

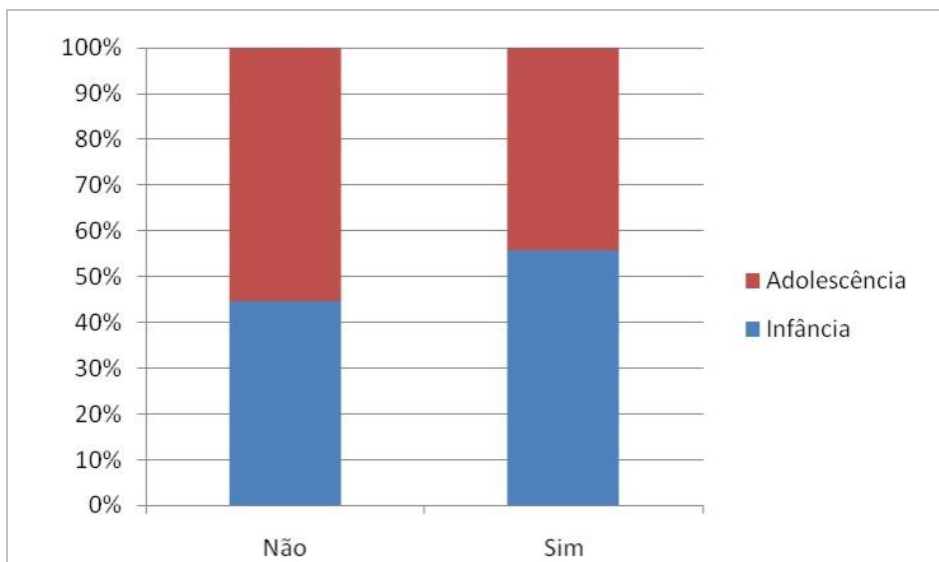


GRÁFICO 29 - TIPO DE TRANSTORNO DE CONDUTA E TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se constatou diferença na idade entre os que apresentaram e não apresentaram Transtorno de Abuso de Substâncias ($p = 0,42$).

Não se observou diferença significativa entre a gravidade do delito e o TA ($p = 0,16$) (Gráfico 30).

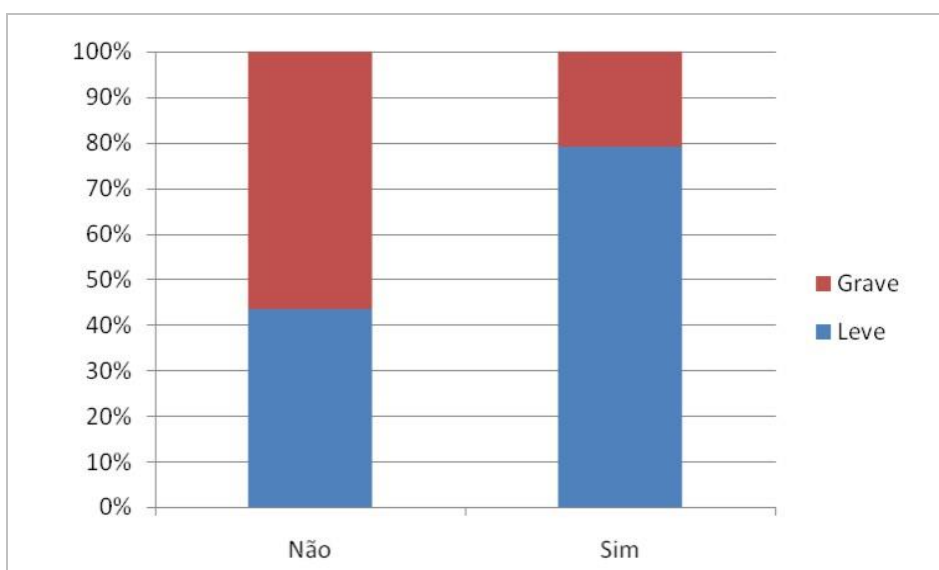


GRÁFICO 30 - TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se registrou diferença significativa entre o TH e a gravidade do delito ($p = 0,67$) (Gráfico 31).

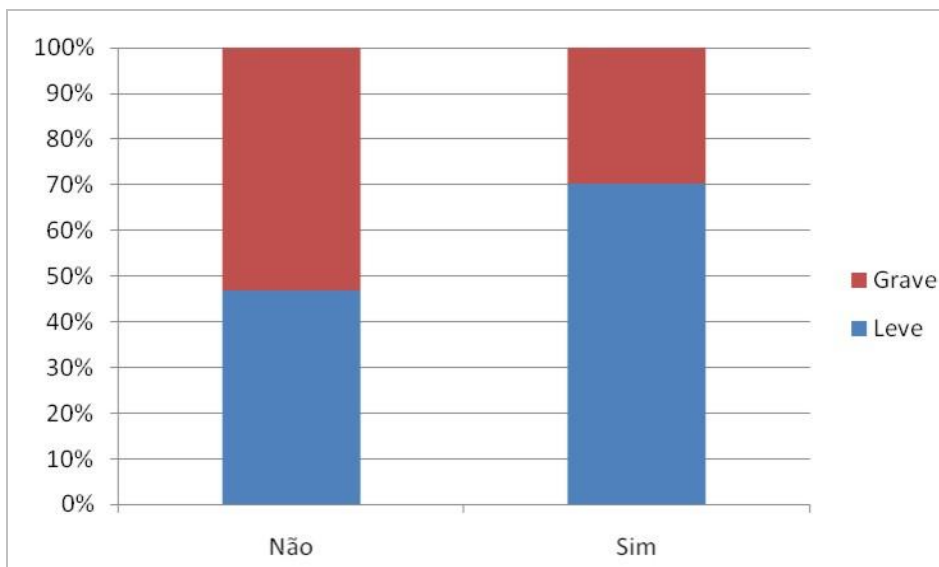


GRÁFICO 31 - TRANSTORNO DE HUMOR DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se observou associação entre o uso de drogas, quando vista de forma global, e a gravidade do delito ($p = 0,75$) (Gráfico 32).

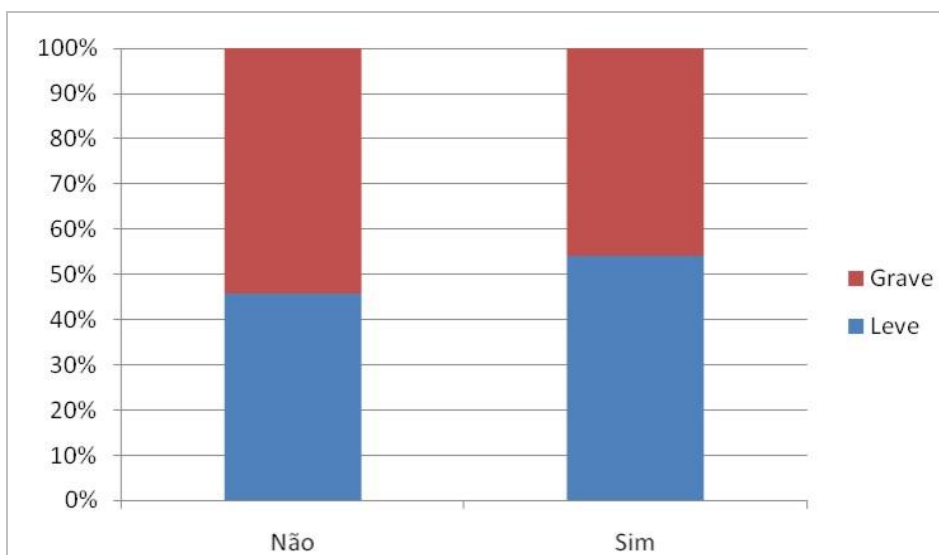


GRÁFICO 32 - TRANSTORNO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Embora com poucos casos informados, observou-se maior frequência de delito grave nos adolescentes que usam álcool ($p = 0,04$) (Gráfico 33).

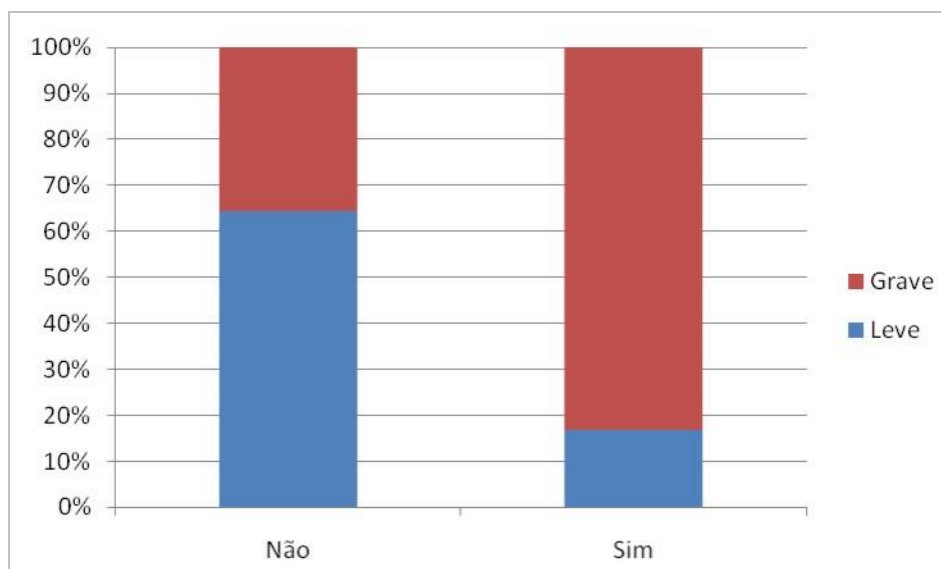


GRÁFICO 33 - TRANSTORNO DE ABUSO DE ÁLCOOL DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

O mesmo se constatou entre os usuários de maconha, com nível de significância limítrofe em virtude do número pequeno de casos ($p = 0,15$) (Gráfico 34).

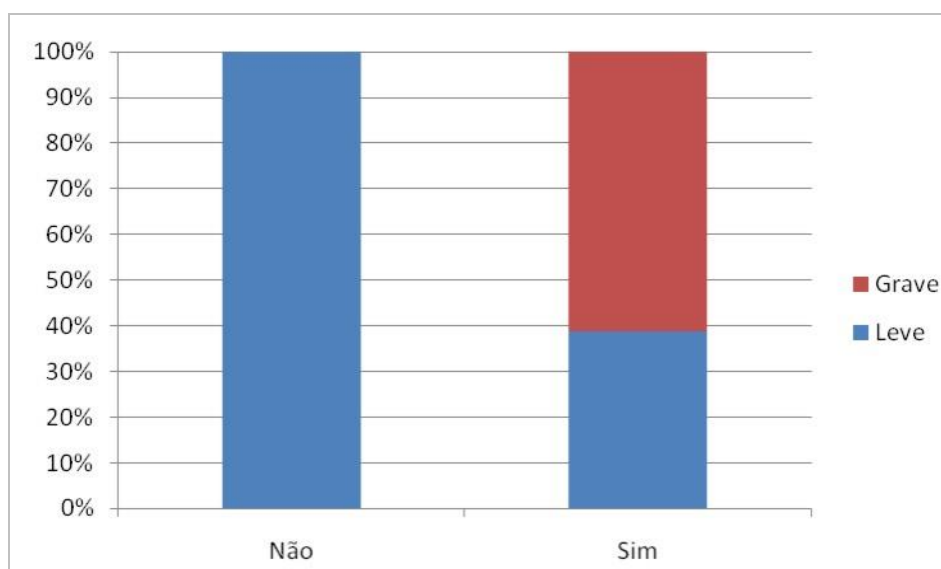


GRÁFICO 34 - TRANSTORNO DE ABUSO DE MACONHA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Para as demais substâncias, não houve associação significativa ($p > 0,05$).

Não se observou associação entre a gravidade do delito e a presença de um ou mais transtornos psiquiátricos ($p = 0,74$) (Gráfico 35).

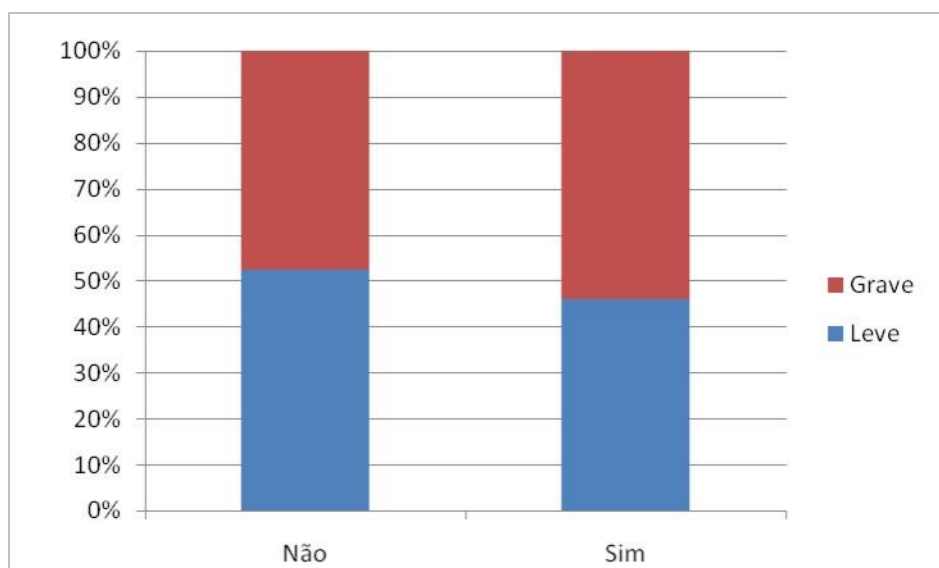


GRÁFICO 35 PRESENÇA DE TRANSTORNOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Não se observou, igualmente, associação entre a frequência de delito grave e o número de transtornos psiquiátricos, mas um aumento dos delitos leves de acordo com o maior número de transtornos ($p < 0,01$) (Gráfico 36).

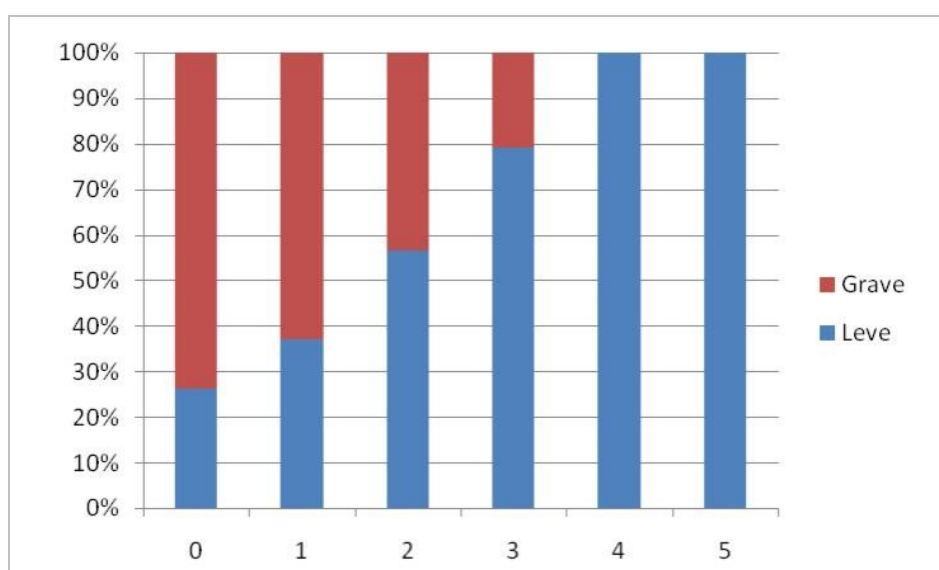


GRÁFICO 36 - NÚMERO DE COMORBIDADES DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO DELITO NOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Considerando como variável independente a gravidade do delito e como variáveis dependentes as principais características do perfil do adolescente em conflito com a lei no modelo de regressão logística multivariada, nenhuma das variáveis foi selecionada como significativa para predizer o risco de ocorrência de delito grave entre adolescentes em conflito com a lei.

5 DISCUSSÃO

5.1 O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

Os resultados desta pesquisa apontaram para alguns pontos a serem salientados e que se tornaram objetos desta discussão, como os aspectos sociais delineados nos resultados: raça, bairros onde vivem, classe social, escolaridade dos jovens, escolaridade dos pais, situação conjugal dos pais, com vivem os adolescentes e o principal objeto deste estudo: os resultados dos transtornos psiquiátricos nos adolescentes em conflito com a lei, diagnosticados por meio do instrumento K-SADS-PL e as relações com a gravidade do delito.

Informações recebidas antes do início da pesquisa, dados fornecidos pela Vara de adolescentes infratores, local onde a pesquisa transcorreu foi que, no período de janeiro de 2006 até maio de 2007, a Vara de Adolescente Infratores de Curitiba recebeu 2.810 adolescentes, 547 (19,47%) do sexo feminino e 2.263 (80,53%) do sexo masculino, com as idades variando entre 12 e 18 anos. Os delitos mais comuns foram: roubo, furto, lesão corporal, ameaça, mandado de busca e apreensão, porte de entorpecente, danos, porte de arma, desacato e pichação. Dos 2810 adolescentes, 97,58% tem família. Reincidentes, 17,18% do sexo feminino e 36,06% do sexo masculino, ficando os primários a maior porcentagem. Frequentando escola somente 59%. Apenas 3% vieram de outros municípios, sendo 97% residentes em Curitiba. Os grupos vulneráveis, que se encontravam na situação em conflito com a lei, eram moradores dos bairros Cajuru, Boa Vista, Pinherinho, Portão, Bairro Novo, Boqueirão, Santa Felicidade. Estes adolescentes, apresentavam baixo grau de instrução, aproximadamente 50% deles assumem ter feito uso de drogas (maconha, tabaco, crack, álcool e solvente). Aproximadamente 32% moram com os pais biológicos e 27% os pais são separados e o adolescente mora com um deles.

A maioria dos adolescentes deste estudo residia em Curitiba, 60,6%, e dos municípios que compõem a região metropolitana da Grande Curitiba, 39,4%. Somente 8,6% dos adolescentes moravam em bairros que não são reconhecidos como bairros violentos, o restante são moradores de bairros ou municípios da região

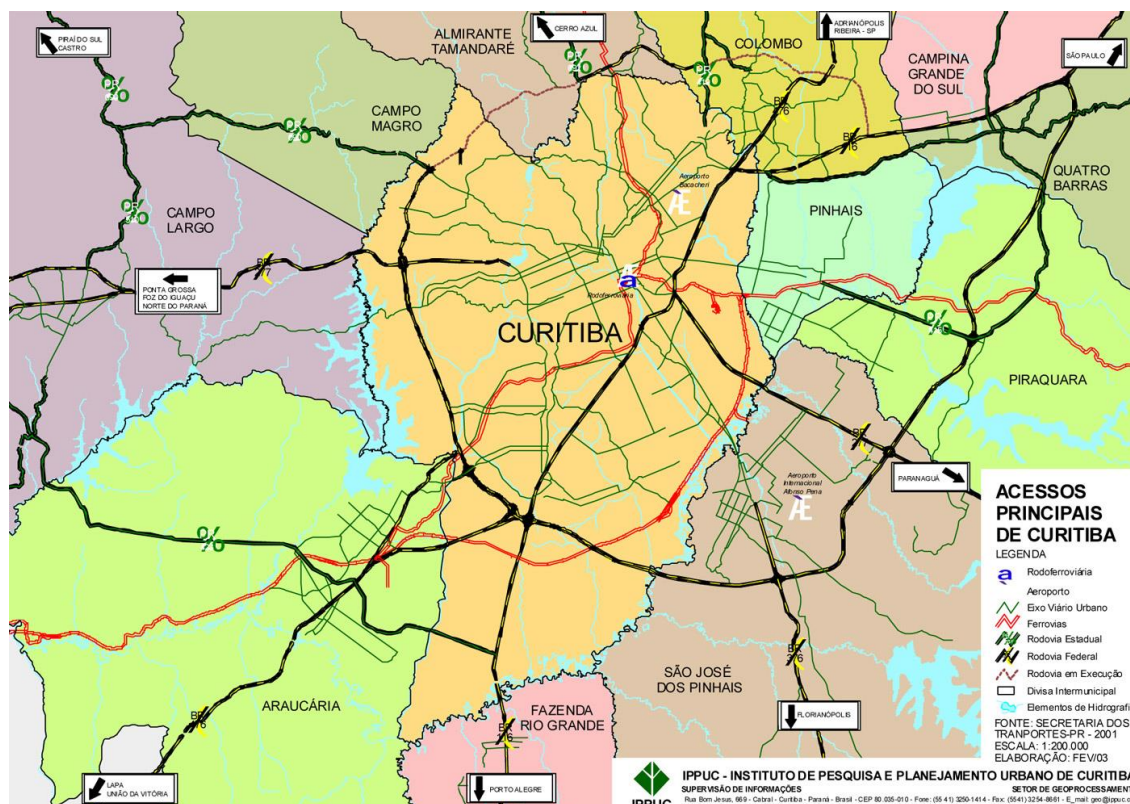


FIGURA 2 - CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

FONTE: maps.google.com.br

Viver em comunidade violenta ocasiona nos jovens mais estresses, depressão e transtorno mental, sendo um preditor significativo para comportamento violento, principalmente nos meninos. Portanto, viver em comunidade violenta e estar exposto à violência são fatores que estão associados às crianças com comportamento agressivo e violento (CAUFFMAN *et al.*, 1998).

Em comunidades violentas existe uma aprovação social da violência, visto que esses comportamentos são aceitáveis sob certas circunstâncias. Essa aprovação reforça comportamentos violentos e, muitas vezes, conduz a mais violência. A falta de consequências para esses comportamentos pode reforçar as suas crenças na aceitação da violência e de sua utilização (DAANE, 2003). No Brasil, todas essas questões são observadas e fazem parte do dia a dia da população, como é visivelmente verificado pelos meios de comunicação diariamente.

No presente estudo os aspectos sociais mostrou que os jovens pertenciam em sua maioria à raça branca (60,9%), pardos (30,4%), afro-brasileiros (5,8%) e amarelos (1,4%). Segundo o censo de 2000 do IBGE, a população de Curitiba está

composta por: brancos (77,4%), pardos (18,2%), afro-brasileiros (2,9%), amarelos e indígenas (1,4%) (IBGE, 2003).

Salienta-se que a população de afro-brasileiros na cidade de Curitiba no censo de 2000 teve o índice de 2,9%, nos resultados desta pesquisa, com adolescentes em conflito com a lei, a raça de afro-brasileiros foi de 5,8%. Os pardos, que são uma mistura de afro-brasileiros e brancos, na população em Curitiba, segundo o Censo de 2000, eram 18,2% e nesta pesquisa apresentou o índice 30,4%. Segundo o Censo, a população curitibana de afro-brasileiros e pardos soma 21%, mas na pesquisa eles somaram 36,2% dos adolescentes.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2005, em Curitiba e região metropolitana, os afro-brasileiros e pardos somaram 19,7%. Os indicadores mostram que em relação à educação, quando se comparam os anos de escolaridade de afro-brasileiros e brancos, é verificado que os brancos têm 9,3 anos de estudo para 7,4 de estudo para os afro-brasileiros; em termos salariais, os brancos recebem em média 4,7 salários mínimos para 2,6 salários mínimos para os afro-brasileiros (IBGE, 2005). Para o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) de 2006, os afro-brasileiros em Curitiba e Região Metropolitana, em média, recebem 60,5% do salário dos brancos (Do Estado).

Em um estudo realizado no estado de Illinois, nos Estados Unidos da América, dos 1829 adolescentes, 1.005 eram afro-americanos, 524 eram hispânicos e 296 eram não hispânicos brancos. Uma das conclusões desse estudo foi que o sistema de justiça juvenil tem se tornado somente uma alternativa para muitos jovens pobres e das minorias (TEPLIN *et al.*, 2002).

A grande maioria dos adolescentes pertence às classes sociais menos favorecidas em sua maioria (86,8%), 45% pertencendo à classe social C, 30% a classe D e 13% a classe E (Gráfico 4).

Quando se considera a gravidade do delito, graves ou leves, não se observou diferença significativa no que se refere à classe social ($p = 0,85$); portanto, a gravidade do delito não mostrou diferença significativa conforme a classe social A, B, C, D e E (Gráfico 16). Salienta-se que, como somente um indivíduo da classe A participou do estudo, os achados dessa classe social não podem ser considerados nesta análise.

No período em que foi realizada a pesquisa na Vara de Adolescentes Infratores somente um adolescente pertencia a classe social A, mas sabemos que jovens de classes sociais mais favorecidas também apresentam problemas comportamentais já na primeira infância, dificuldades de aprendizagem na fase escolar e quando adolescentes quebram regras, mentem, desafiam, destroem patrimônio e até mesmo furtam. Mas as consequências que sofrem estão muito longe das consequências que as que sofrem os jovens de classes menos favorecidas. Estes adolescentes de classes mais favorecidas economicamente, quando entram em conflito com a lei, muitas vezes são direcionados à consultórios psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos. O único adolescente da classe A que participou da pesquisa era portador de um Transtorno de Humor Bipolar grave, que abusava de substâncias (cocaína), agredia a mãe sucessivamente e não aderiu o tratamento, apesar de nunca ter sido internado em clínica psiquiátrica, o que muitas vezes é possível para o adolescentes de classe social A.

Os estudos têm demonstrado que pessoas que moram em regiões mais pobres, com aglomerados de pessoas, como as favelas brasileiras, estão mais propensas a ser vítimas ou testemunhar violência em casa, na escola e nas ruas. Portanto, a exposição à violência pode corroborar para um comportamento violento (CAUFFMAN *et al.*, 1998).

Pesquisas apontam como fatores de risco viver em condições de pobreza, em comunidades sem lazer, em escolas ruins, sem perspectiva futura de trabalho, associando-se a pares delinquentes, levando à prática infracional (HEMPHILL *et al.*, 2010).

Em relação a escolaridade, apesar de a média da idade ser de 15,5 anos, 82,5% dos adolescentes estão ainda no ensino fundamental, sendo que 43,4% não terminaram a 5.^a série, somente 26,1% estavam frequentando a escola e 73,9% estavam evadidos da escola no momento da pesquisa.

Embora não se possa afirmar, pois não foram obtidos resultados de testes neuropsicológicos nesta pesquisa com adolescentes em conflito com a lei, pela apresentação de baixa escolaridade, por uma prevalência significativa de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e de Transtorno de Conduta e pela evasão escolar bastante alta, presume-se que os adolescentes da pesquisa apresentaram dificuldades escolares (aprendizagem ou comportamental). Pela baixa escolaridade (repetências), pela alta prevalência de Transtorno de Déficit de

Atenção/Hiperatividade, de Transtorno de Conduta e de evasão escolar, afirma-se que os adolescentes da pesquisa, deram sinais que necessitavam de tratamento e de um sistema educacional especial, no sentido de evitar as repetências, assim como a evasão escolar.

A pesquisa vem confirmar o que já foi colocado anteriormente, os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas abandonaram os estudos cedo. Pesquisas apontam que 80% dos jovens na América do Norte são funcionalmente iletrados (MEICHENBAUM, 2005). Os adolescentes que abandonam os estudos cedo apresentam problemas emocionais e podem se colocar em situações de risco como atividades sexuais precoces, abuso de drogas e comportamento violento (GIUSTI; SAÑUDO; SCIVOLETTO, 2002).

Dificuldades escolares e baixa escolaridade, juntamente com ineficácia dos métodos educacionais, somadas à exclusão social por parte dos colegas e professores, muitas vezes são responsáveis pela evasão escolar, predispondo o adolescente a assumir a identidade do bandido (PEREIRA; MESTRINER, 1999).

Quanto menor o grau de instrução dos adolescentes, estes são mais propensos a sofrer violência e apresentar comportamento violento, com maior probabilidade de se envolver em brigas (KANN *et al.*, 2000). Nesta pesquisa dos adolescentes em conflito com a lei observou-se um resultado limítrofe ($p=0,06$) (gráfico 17) entre a gravidade do delito e o nível de escolaridade; para os delitos leves foram mais frequentes com nível de escolaridade menor.

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes frequentemente prejudicam seu desempenho na escola, estando associados ao atraso escolar (BENVEGNÚ *et al.*, 2005). Em estudo realizado em Porto Alegre (ROHDE *et al.*, 1999), onde os autores avaliaram estudantes na faixa etária de 12 a 14 anos, observou-se que os jovens com TDAH apresentaram taxas mais elevadas de repetência, suspensões e expulsões do que os controles. Nesse estudo realizado em Porto Alegre concluíram que a comorbidade do TDAH com o TC (47,8%) pode justificar os problemas comportamentais.

Em outro estudo realizado em Porto Alegre (TRAMONTINA *et al.*, 2001), foi observada uma maior taxa de TC no grupo de crianças e adolescentes com evasão escolar, em relação ao grupo que frequentava a escola regularmente (31,8 versus 2,3%). Nesta pesquisa realizada com os adolescentes em conflito com a lei, como apresentado acima, revelaram-se altas prevalências tanto de evasão escolar como

de TC, ressalta-se a inter-relação psicopatológica do TC e a evasão escolar, encontradas no estudo.

Não se observou associação entre a gravidade do delito e a situação atual de frequência escolar. Delitos leves ou graves foram praticados na sua quase totalidade por adolescentes que estavam estudando na ocasião da pesquisa (~90,0%).

A baixa escolaridade dos pais também foi uma realidade que foi constatada no grupo de adolescente em conflito com a lei, mas não se observou associação entre a gravidade do delito e o grau de instrução dos pais.

Quando o responsável legal foi questionado se havia algum transtorno psiquiátrico em um dos pais, informaram que 27,5% das mães apresentavam algum transtorno psiquiátrico, sendo a depressão o transtorno mais informado entre elas (47,4%). A informação em relação aos pais foi que 40,6% deles apresentavam algum transtorno psiquiátrico, sendo o alcoolismo o mais frequente, seguido de dependência química.

A análise da situação familiar dos adolescentes apresentou que 13% deles eram filhos de mães solteiras, em 51% os seus pais eram separados e em 30,4% os pais estavam casados. Constatou-se que 29% residiam com ambos os pais, 45% com a mãe, 10% com o pai, 10% com os avós. Mas não se observou diferença significativa entre a gravidade do delito e a situação conjugal dos pais, ou com quem residia ou o número de irmãos ($p > 0,05$). Constata-se que a maior parte dos adolescentes da pesquisa viviam em famílias monoparentais.

Em 49,2% observou-se a presença de outros membros da família em conflito com a lei, sendo principalmente primos, seguido de tios, irmãos e pai. A frequência de delitos leves ou graves também se apresentou igualmente distribuída entre adolescentes com ou sem história de familiares em conflito com a lei ($p > 0,05$). Mas constata-se que de forma significativa encontram-se parentes de primeiro grau envolvidos com problemas com a lei.

Filhos de pais presos são mais agressivos, mães jovens e solteiras, morando em local com vários comportamentos violentos, predispõem a um aprendizado social da violência. As crianças que presenciam cronicamente a violência podem ter uma ruptura do desenvolvimento normal, podendo apresentar padrões distorcidos de cognição, emoções e comportamento (BRANCALHONE; FOGO; WILLIAMS, 2004).

O comprometimento das funções parentais é um fator ambiental de risco, com vínculos pouco efetivos, com supervisão inconsistente, disciplina incoerente e inadequada. Também pais que cometem crimes ou contravenção, com consumo excessivo de álcool e drogas e psicopatologia dos pais são fatores de risco a serem considerados (HAWKINS; FARRINGTON; CATALANO, 1998; HAWKINS *et al.*, 2011).

Portanto, um grande número dos adolescentes da pesquisa vive com pais com transtorno mental, sendo o alcoolismo um dos transtornos mais prevalente, 13% deles filhos de mães solteiras e 51% com pais separados; então, 64% deles vivendo em famílias monoparentais. Também com incidência significativa com algum parente em conflito com a lei.

Pesquisadores que focalizam sobre a influência dos pais e as adversidades sociais que pesam sobre as famílias, incluindo o efeito de pais solteiros, o problema da gravidez na adolescência, o número crescente de crianças criadas em ambientes violentos, sob o efeito negativo do abuso de substâncias, ressaltam o impacto desses fatores sobre o bem-estar psicológico das crianças e famílias (OSOFSKY; THOMPSON, 2000).

Portanto, grande parte dos jovens da pesquisa vive em condições adversas, vivendo em bairros violentos, em famílias monoparentais, com pais com algum transtorno psiquiátrico, com baixa escolaridade, portanto expostos a situações de estresse. Por consequência, são mais vulneráveis a desenvolver transtornos psiquiátricos, favorecendo o fracasso escolar, a evasão escolar e, consequentemente, a baixa escolaridade.

Com o que já visto nas revisões bibliográficas e os resultados acima expostos, conclui-se que a promoção da saúde está associada ao controle dos fatores de risco e de proteção. Portanto, a importância da prevenção na saúde mental, de forma precoce, atentando para situações de riscos e atuando precocemente, como: viver em ambiente violento, com qualidade de vida baixa, e o aparecimento de transtornos comportamentais de forma precoce.

5.2 OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

Pesquisas recentes têm demonstrado que, enquanto 20% das crianças e dos adolescentes têm pelo menos um diagnóstico de acordo com o DSM, 10% apresenta prejuízo significativo em seu funcionamento, em torno de 5% recebem algum tipo de atendimento em saúde mental (de aconselhamento social ou na atenção primária) e 1% fazem tratamento especializado em um serviço de saúde mental (RUTTER, 1989; COSTELLO *et al.*, 1993). O hiato entre os 20% que têm algum diagnóstico psiquiátrico (seja com ou sem prejuízo em seu funcionamento) e os 1% que recebem tratamento especializado representa a disparidade entre a necessidade e a disponibilidade de serviços (COSTELLO *et al.*, 1993).

Quanto à história de tratamento anterior, neurológico, psicológico ou psiquiátrico, ressalta-se que nenhum adolescente estava em tratamento no momento em que cometeram o delito. O questionamento na pesquisa foi se em algum momento das suas vidas receberam algum tipo de tratamento anterior. Em 24,6% dos casos houve relato de procura ao psiquiatra, em 10,1% de procura de tratamento neurológico e 40,6% de tratamento psicológico. Observa-se que, somente em 3 casos, os adolescentes receberam tratamento de uma forma mais contínua, mas sem aderência aos tratamentos, pois eram portadores de um Transtorno de Humor Bipolar Grave, um da classe social A, outro da classe social B e um outro da classe social C, mas com pouca aderência ao tratamento e com comorbidades, com TDAH, TC e abuso de substâncias. O restante dos adolescentes já havia tido um contato com neurologista, psicólogo ou psiquiatra, mais em avaliações, e também não aderiram aos tratamentos.

Nas três últimas décadas, destacou-se, por vários motivos, a importância do uso, nos estudos epidemiológicos, de uma nosologia baseada em uma classificação oficial como o DSM. Primeiro, a determinação da prevalência de transtornos mentais específicos possibilita uma melhor distribuição de recursos e planejamento de serviços, além de fornecer dados prospectivos para estudos futuros. Segundo, cria-se um meio no qual se questionam quais síndromes são de fato válidas. Terceiro, viabiliza-se uma comparação dos transtornos mentais na infância e adolescência com a população adulta (RUTTER, 1989).

No Brasil, há poucos estudos epidemiológicos sobre a prevalência de transtornos mentais tanto entre adultos quanto em crianças e adolescentes. Em 1973, Maciel, ao se debruçar sobre uma população de 5 a 14 anos em Salvador (BA), e usando um questionário de psicopatologia infantil, encontrou uma prevalência de 13%. Cinco anos depois, Almeida Filho (1982) encontrou nessa cidade, numa população de mesma faixa etária, uma prevalência total de 23%, sendo 10% casos moderados a graves. Os diagnósticos mais prevalentes foram "distúrbios neuróticos e psicossomáticos" (5,8%) e "retardo mental" (2,3%).

Salienta-se que na pesquisa dos adolescentes em conflito com a lei, 81% dos jovens apresentaram algum transtorno psiquiátrico, sendo que jovens com comorbidades psiquiátricas foram a regra e não a exceção; os que apresentaram somente um transtorno foram 22%, 17% dois transtornos, 26% três transtornos, 14% 4 transtornos e 2% o que equivale a um indivíduo, 5 transtornos psiquiátricos.

Na pesquisa realizada no estado de Ilinois nos Estados Unidos da América, com adolescentes em conflito com a lei, a prevalência de transtornos psiquiátricos no sexo masculino foi de 66,3%, sendo a maior parte dos adolescentes estudados afro-americanos e hispânicos brancos. Quando consideraram somente a população branca, a prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 82,0% (TEPLIN *et al.*, 2002). Considerando que a população branca é a maior parte dos adolescentes da pesquisa do objeto deste estudo, percebe-se a semelhança dos resultados das duas pesquisas.

Nessa mesma pesquisa no Estado de Ilinois, quando verificaram as comorbidades psiquiátricas, observaram que 20,4% dos adolescentes do sexo masculino apresentaram somente um diagnóstico psiquiátrico e 45,9% deles apresentaram dois ou mais diagnósticos. Nos brancos não hispânicos a prevalência de mais de dois ou mais diagnósticos foi de 53,1% (ABRAM *et al.*, 2003). Em comparação com a pesquisa deste estudo que encontrou que dois ou mais diagnósticos foi de 59%, estando um pouco acima do estudo realizado em Ilinois.

É de conhecimento que nos Estados Unidos da América existe uma menor desigualdade social, apesar de que, pelos resultados da pesquisa de TEPLIN *et al.* (2002), verifica-se que essa desigualdade é existente. Mas em um país onde há um maior investimento na área de saúde e educação, com trabalhos na educação especial, ainda assim as taxas de transtornos psiquiátricos na população dos adolescentes em conflito com a lei não diferem de forma significativa de estudo

realizado em um país, como o Brasil, onde há uma grande desigualdade social e o acesso à saúde e à educação especial ainda é precário. Leva à conclusão que a população dos adolescentes em conflito com a lei é uma população mais marginalizada da população, que vive em situações de maiores adversidades e carências, mas também é uma população que apresenta suas especificidades, e uma das principais delas são os transtornos psiquiátricos e que não recebem um atendimento especializado antes de o crime ocorrer, assim como quando são detidos.

Em estudo realizado no Brasil em 2001 (FLEITLICH; GOODMAN, 2001), na cidade de Campos do Jordão (SP), no Sudeste do Brasil, avaliaram a saúde mental de crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos. Foram selecionadas três áreas vizinhas, uma favela, uma comunidade urbana bem estruturada e uma comunidade rural. As crianças e os adolescentes foram identificados por meio de listas de matrículas escolares. Foram avaliados 898 estudantes, sendo 488 da favela, 346 da comunidade urbana e 64 da comunidade rural. No total, 15% dos estudantes apresentaram problemas de saúde mental. A maior taxa de problemas foi encontrada na favela (22%), sendo que em comunidade urbana, assim como na região rural, encontrou-se 12%, entre as crianças e os adolescentes avaliados.

Em estudo realizado em Campos do Jordão, demonstrou-se que o nível socioeconômico baixo está relacionado a problemas de saúde mental, sendo que os moradores da favela apresentaram maior taxa de problemas de saúde mental do que os moradores das áreas urbanas e rurais (FLEITLICH; GOODMAN, 2001). Em outro estudo em uma cidade do interior de São Paulo, Taubaté, as crianças de classes sociais mais desfavorecidas (classes D e E) apresentaram mais problemas de conduta e ansiedade/depressão do que crianças de classes sociais mais altas (VITOLLO *et al.*, 2005). No Estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Pelotas, maior taxa de problemas de saúde mental foi encontrada em crianças e adolescentes pertencentes a menor renda (BENVEGNÚ *et al.*, 2005).

Em estudo populacional com crianças e adolescentes, realizado na cidade de Taubaté, no Estado de São Paulo (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004), com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV, pelo menos um transtorno psiquiátrico foi identificado em 149 crianças, representando uma prevalência de 12,7%.

Considerando esse importante estudo realizado na cidade de Taubaté, que apresentou uma prevalência de 12,7% de transtornos psiquiátricos em uma

população de jovens brasileiros, e também outros estudos utilizando instrumentos padronizados, as taxas variam de 12 a 25%. É evidente que as taxas apresentadas de transtornos psiquiátricos dos adolescentes em conflito com a lei na pesquisa, de 81%, foi substancialmente mais alta do que as taxas apresentadas por estudos populacionais.

Na pesquisa dos adolescentes em conflito com a lei praticamente todos os transtornos psiquiátricos se apresentaram acima dos apresentados em estudos de prevalência em crianças e adolescentes. Também se ressalta que são as comorbidades o maior problema de saúde entre os adolescentes em conflito com a lei (Gráfico 7). Pode-se concluir que muitos dos jovens com comorbidades psiquiátricas estão cumprindo penas e estão detidos.

A seguir discutem-se a prevalência dos transtornos psiquiátricos na população dos adolescentes em conflito com a lei avaliada e suas relações, com estudos de prevalência populacional e estudo com adolescente em conflito com a lei, também as relações com as gravidades dos delitos e as reincidências.

5.2.1 Transtorno de Ansiedade

Para o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade nesta pesquisa, utilizou-se o K-SADS-PL e para estabelecer o diagnóstico necessitou-se pontuar os sintomas tanto com os adolescentes, como com seus familiares. Salienta-se que os sintomas internalizantes são melhores percebidos por aqueles que sofrem com eles, algumas vezes passando despercebido pelos pais e muitas vezes pelos professores. O diagnóstico de Transtorno de Ansiedade é realizado partindo-se do pressuposto de que a ansiedade é uma emoção normal e muitas vezes importante no desenvolvimento. Utilizando-se dos critérios do DSM-IV para delinear o que é o patológico, levou-se em conta o tempo necessário para estabelecer o diagnóstico, e que os sintomas resultaram em uma incapacidade significativa no funcionamento social e ocupacional (APA, 1995).

O Transtorno de Ansiedade é um dos transtornos mais comuns dos transtornos psiquiátricos (KESSLER *et al.*, 1994). Estima-se nos Estados Unidos que entre 10 e 15% das crianças e dos adolescentes sejam afetados por um Transtorno

de Ansiedade. No estudo realizado em Taubaté (SP), a prevalência de Transtorno de Ansiedade na população de adolescentes foi de 5,2%, sendo a fobia social de 0,7%.

Na pesquisa a prevalência de Transtorno de Ansiedade na população dos adolescentes em conflito com a lei afetados que apresentaram prejuízo significativo foi de 24,6%, ficando acima dos estudos populacionais, que estão em torno de 10% e 5 vezes maior sua frequência do que na população estudada na cidade de Taubaté. Esse transtorno não se apresentou relacionado à gravidade do delito. Dentre os Transtornos de Ansiedade a fobia social foi o transtorno mais frequente nos adolescentes da pesquisa.

No estudo de Teplin *et al.* (2002) o Transtorno de Ansiedade foi de 21,3% nos adolescentes em conflito com a lei, considerando somente a população branca foi de 14,4%, nos afro-americanos 20,9% e nos hispânicos 25,5%. Esses resultados estão muito próximos ou similares aos encontrados na população desta pesquisa, com exceção da população branca daquele estudo.

O Transtorno de Ansiedade tem início geralmente na infância e adolescência e apresenta um curso crônico na idade adulta (CHORPITA; ALBANO; BARLOW, 1998). O que muitas vezes pode passar despercebido é o impacto negativo da ansiedade na infância e na adolescência, incluindo o desempenho escolar e o funcionamento social (LAST *et al.*, 1992; VAN AMERINGEN; MANCINI; FARVOLDEN, 2003). Os sintomas de ansiedade que prejudicam a criança e o adolescente na escola, podendo levá-lo a evasão escolar são o sentimento de nervosismo na escola e na classe, problemas de falar na frente da classe, sentir-se intimidado pelos professores e pares, sentir um desconforto de sair de casa e dificuldades em fazer amigos (VAN AMERINGEN; MANCINI; FARVOLDEN, 2003). Outros estudos também relataram as dificuldades acadêmicas e sociais e até mesmo a recusa em ir à escola e até mesmo levando ao abandono escolar (BERG, 1992; KESSLER *et al.*, 1995).

Logicamente, a evasão escolar e a baixa escolaridade dos adolescentes da pesquisa, não podem e não devem ser somente atribuídas a incidência elevada de Transtorno de Ansiedade na população dos adolescentes em conflito com a lei. Os sintomas acima citados, como sentir-se intimidado por professores e colegas, um significativo e persistente medo de uma ou mais situações sociais ou de *performance* na qual a pessoa é exposta a pessoas desconhecidas ou pela possibilidade de escrutínio por outros, assim como o medo de agir de forma que lhe seja humilhante ou embaraçoso, são observados nas pessoas que apresentam um

quadro de fobia social. Na população dos 69 adolescentes da pesquisa, 5 receberam esse diagnóstico.

O Transtorno de Ansiedade, muitas vezes, é comorbido em várias outras patologias, como depressão e TDAH, embora algumas vezes a hiperexcitabilidade e reatividade autonômica da ansiedade possa ser um fator protetivo quando foca-se o adolescente em conflito com a lei.

Portanto, nas implicações nos programas preventivos e de intervenção, no tocante à evasão escolar e também no adolescente em conflito com a lei, deve-se estar atento também ao Transtorno de Ansiedade, que traz prejuízos nas esferas individuais e sociais, oferecendo o diagnóstico e o tratamento adequado.

5.2.2 O Transtorno de Humor

5.2.2.1 Depressão na adolescência

Os Transtornos Depressivos na criança e no adolescente também merecem uma atenção especial, pois podem apresentar um curso crônico quando não tratados, trazendo sequelas no desenvolvimento normal e, algumas vezes, podendo levar até mesmo a risco de vida, por tentativa de suicídio. A compreensão desse transtorno sempre deverá passar pelos componentes biológicos, psicológicos e sociais.

Estudos norte-americanos revelam uma incidência de 4,7% dos adolescentes com quadro depressivo (CARLSON; KASHANI, 1988). No estudo de Ffleitlich, Bilyk e Goodman, em 2004, na cidade de Taubaté (SP), a prevalência de depressão, entre os jovens estudados, foi de 1%. No resultado da pesquisa dos adolescentes em conflito com a lei, os transtornos depressivos foram diagnosticados em 5,8% dos adolescentes, estando levemente acima de estudos epidemiológicos populacionais norte-americanos de 4,7% (CARLSON; KASHANI, 1988) e aumentado, quando comparado ao estudo brasileiro de 1%. As adversidades individuais, familiares e sociais contribuíram para uma prevalência maior que a população geral de adolescentes para o Transtorno Depressivo.

No estudo de Teplin *et al.* (2002), episódio depressivo maior foi de 13%, sendo 12,5% nos afro-americanos, nos brancos de 9,5% e nos hispânicos de 16,6%. Os resultados dessa pesquisa para o Transtorno Depressivo estão todos acima do encontrado na pesquisa deste estudo.

No total dos 69 adolescentes em conflito com a lei, 4 apresentaram um Transtorno Depressivo (5,8%), ressaltando-se as comorbidades significativas: 75% com o Transtorno de Conduta e com o Transtorno de Abuso de Substâncias e 25% apresentaram comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno de Ansiedade.

Neste estudo dos adolescentes em conflito com a lei 5,8% dos adolescentes apresentaram sofrimento clinicamente significativo, com prejuízo no funcionamento social e ocupacional, apesar de que, na presença de TC em adolescentes deprimidos, os sintomas afetivos podem passar despercebidos; portanto, sendo subdiagnosticada a depressão nesses casos (HERKOV; MYERS, 1996). Na pesquisa o risco dessa situação ocorrer foi menor, pois o instrumento utilizado, K-SADS é minucioso nesta investigação.

5.2.2.2 Transtorno de Humor Bipolar

O Transtorno de Humor Bipolar na pesquisa foi diagnosticado em 10,1% dos adolescentes. No estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental nos Estados Unidos, em 2003, observou-se que em cada 100.000 crianças, 1003 apresentam o Transtorno de Humor Bipolar. Portanto, um índice ao redor de 1% (BLADER; CARLSON, 2007).

Há predomínio de sintomas disruptivos, principalmente em meninos com THB tipo I, e muitas vezes esses sintomas aparecem nos adolescentes em episódios de mania e também com comorbidade com TDAH (CARLSON; MEYER, 2006; LEIBENLUFT; RICH, 2008). Nos adolescentes em conflito com a lei evidenciam-se os sintomas disruptivos, como quebrar regras e desrespeitar os direitos básicos dos outros, tais como integridade física e a propriedade (mentiras, fuga de casa, roubo, crueldade com animais e pessoas, ausências não autorizadas da escola, abuso sexual). De alguma forma todos os adolescentes da pesquisa

apresentaram algum sintoma dessa natureza mas, no entanto, estavam privados de liberdade e cumprindo medida sócio-educativa, embora 40% deles não tenham fechado os critérios para o TC. É importante salientar, que esses sintomas disruptivos podem fazer parte de um THB, levando a um diagnóstico errôneo de TC, por isso a necessidade desta discussão.

Também as crianças e os adolescentes com THB podem ser confundidos com casos de TDAH. Acredita-se que a ocorrência de THB comórbido com TDAH seja de 11 a 75%, com TOD de 46 a 75%, com TC de 5,6 a 37%, com Transtorno de Ansiedade de 12 a 56% e com abuso de substância de 0 a 40% (AXELSON *et al.*, 2006).

Existe uma frequência elevada de comorbidade com o TBH na infância e o diagnóstico diferencial muitas vezes é difícil de ser feito. O TC ocorre em 22% de crianças Bipolares e 18% dos adolescentes Bipolares (Geller *et al.*, 1995). Porém, quando observa-se o resultado da pesquisa em relação ao THB e suas comorbidades no adolescente em conflito com a lei, é surpreendente, pois dos 7 indivíduos que apresentaram THB, todos eles apresentaram comorbidade com TC, 85% com TDAH, 71,5% com TAS e 14,3% com TA. Portanto, os comportamentos de conduta (comportamentos disruptivos) que esses adolescentes apresentaram, grande parte pode ter sido ocasionado pela pólvora da comorbidade entre THB e o TDAH, ou em 15% deles o comportamento disruptivo foi ocasionado pelo próprio THB. Estes resultados realmente vem demonstrar a importância do diagnóstico do THB, quando ele possa estar sendo responsável pelos comportamentos disruptivos, assim como o diagnóstico diferencial e suas comorbidades; principalmente com o TDAH e o TC, para poder oferecer a estes jovens uma abordagem e um tratamento adequado, a fim de diminuir os fatores de riscos.

Quando o THB manifesta-se com comportamento disruptivo e é tratado adequadamente, há remissão desses comportamentos e o TC é descartado. Para o diagnóstico de THB deve ser observado clara mudança no padrão de funcionamento prévio ou se os sintomas não forem melhores explicados pela falta de limites no ambiente (CARLSON; KELLY, 1998).

A avaliação do THB em crianças e adolescentes pode ser uma tarefa árdua, pela dificuldade de reconhecerem, nomearem e demonstrarem seus próprios sentimentos e os sintomas nessas faixas etárias apresentam uma característica diferente do adulto, pelas diferenças no funcionamento cognitivo, habilidade social e

grau de desenvolvimento psicológico. No adolescente em mania normalmente percebe-se o humor exaltado, com tagarelice, peraltice, hiperatividade, grandiosidade e comportamento impulsivo na fase de mania, juntamente com diminuição da necessidade de sono e o aumento de energia. O comportamento social é bizarro, inadequado e extravagante e, algumas vezes é confundido com TDAH ou TC.

A presença de sintomas de humor, anteriormente ou durante o episódio, a história familiar sugestiva de Transtorno de Humor, a presença de sintomas psicóticos, além da comorbidade com sintomas de ansiedade, são fortes indícios de TBH. Como os sintomas afetivos tendem a se apresentar de forma mais crônica em crianças e adolescentes (como irritabilidade persistente), frequentemente crianças com THB são diagnosticadas como TC (BIEDERMAN *et al.*, 2000).

As crianças Bipolares são mais autoconfiantes, apresentam comportamentos que expressam grandiosidade e podem ter comportamento sexual inadequado para a idade, pelo aumento de libido nos quadros de mania e hipomania (CARLSON; KELLY, 1998).

As crianças com Transtorno de Conduta “puro” não tem pressão da fala, fuga de idéias ou delírio de grandeza. Além disso, a duração dos sintomas é mais crônica e menos sugestiva de um início abrupto ou curso claramente psicótico, como pode ser observado no THB. Os portadores de TC premeditam mais seus atos, sendo mais ofensivos e vingativos. No TC é observada ausência de alterações emocionais, ausência de ciclicidade e de ciclagem rápida, indiferença afetiva, indiferença à punição, ausência de remorso e arrependimento e demonstração de prazer com atos agressivos (WELLER; WELLER; FRISTAD., 1995; BIEDERMAN *et al.*, 2000).

Quando avalia-se o adolescente em conflito com a lei é importante fazer o diagnóstico diferencial entre o TC e o THB. Observa-se que os adolescentes com THB são mais travessos, impulsivos, apresentam arrependimentos e sentimentos de culpa. No TC são mais ofensivos e vingativos, não apresentam arrependimentos e sentimentos de culpa, não apresentam delírios, alucinações, pressão para falar ou fuga de idéias. Estudos apontaram para maior ocorrência de atos violentos, delinquentes e problemas de conduta na infância em sujeitos que posteriormente foram diagnosticados com THB (ENDRASS *et al.*, 2007; PULAY *et al.*, 2008)

A irritabilidade está presente em 97% dos casos de THB e 71,6% dos casos de TDAH, que também está presente no TC reativo que se apresenta facilmente magoado ou irritado, levando a uma maior ocorrência de agressividade (GELLER *et al.*, 2002a).

A irritabilidade, a impulsividade, a distração, a diminuição de atenção, além do componente psicomotor, estão presentes tanto no THB como no TDAH (Biederman *et al.*, 1998). Nas crianças com TDAH a hiperatividade tende a ser mais crônica e apresentam com baixa frequência auto-estima e a grandiosidade na mania. Aumento na sociabilidade relaciona-se mais a mania (BIEDERMAN *et al.*, 2000). A pressão por falar (hipo/mania) e frequentemente fala em demasia (TDAH), agitação psicomotora (hipo/mania) e também corre ou escala em demasia (TDAH).

Os sintomas do THB apresenta-se em geral mais tardiamente (os sintomas do TDAH podem se manifestar já aos 3 anos de idade) e há maior tendência a ciclicidade, à apresentação com humor disfórico, com pressão do discurso, fuga de idéias e, muitas vezes, com sintomas psicóticos. A grandiosidade, humor elevado, fugas de idéias, necessidade de sono diminuída, hipersexualidade e aumento da atividade dirigida a objetivos são sintomas encontrados no THB. Dados longitudinais e história familiar podem contribuir para a identificação dos sintomas cardinais de hipo (mania) (GELLER *et al.*, 2002a).

Além da comorbidade alta entre TDAH e THB, a sobreposição dos sintomas, dificulta o estabelecimento do diagnóstico diferencial. A presença de mania em crianças com TDAH faz com que explosões de raiva sejam mais graves, com manifestação de agressividade muito intensa contra pessoas e objetos. Muitas vezes, esses sintomas são diagnosticados como TDAH ou Transtorno de Conduta em vez de possíveis casos de mania infantil (GELLER *et al.*, 2002a).

Os adolescentes com THB também podem ser erroneamente diagnosticados com abuso de substância. e TOD ou esquizofrenia. É importante salientar que o THB no adolescente pode aumentar o risco para o desenvolvimento do Transtorno de Uso de Substância. Um estudo realizado entre adolescentes Bipolares encontrou a prevalência de Transtorno de Uso de Substâncias, ao longo da vida, de 16%. Já na pesquisa dos adolescentes em conflito com a lei essa comorbidade de TH e TAS, foi bem mais alta, apresentando-se em 72,7% dos portadores de TH.

Na pesquisa a incidência de THB foi de 10,1%, bem mais alta do que a incidência de THB na população de jovens, que está ao redor de 1%. O instrumento

utilizado na pesquisa para o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos, o K-SADS, é um instrumento que para realização do diagnóstico necessita de pontuações, tanto no rastreamento como no suplemento para fechar o diagnóstico. Portanto, possibilita a discriminação dos outros transtornos psiquiátricos, que podem ser confundidos com o THB, como o TDAH, TOD, TC uso de substâncias ou esquizofrenia.

No estudo realizado em Taubaté (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004), o THB esteve entre os transtornos menos comuns diagnosticados (0,2%), já no estudo realizado com adolescentes em conflito com a lei no estado de Illinois (TEPLIN *et al.*, 2002), o episódio maníaco esteve presente em 2,2%, sendo que 2,5% nos afro-americanos, 0,5% nos brancos e 1,4% nos hispânicos. Com taxas bem inferiores dos resultados obtidos com os adolescentes dessa pesquisa, que foi de 10,1%, em que foi utilizado um instrumento que deve ser pontuado os estados depressivos e maníacos, mas também leva-se em conta o diagnóstico clínico.

Na pesquisa dos adolescentes em conflito com a lei, o TH não teve relação com a gravidade do delito. Como já se salientou, uma série de alterações de humor pode manifestar características opostas, tornando o adolescente menos flexível, trazendo problemas nos relacionamentos sociais, com comportamentos impulsivos, levando os jovens a se envolverem em atividades de risco. Conclui-se que se esses adolescentes fossem diagnosticados e tratados precocemente, provavelmente o internamento deles no sistema de justiça poderia ter sido evitado.

5.2.3 O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e os Transtornos Disruptivos

O TDAH é um dos transtornos mais comumente diagnosticado transtorno do neurodesenvolvimento em crianças e adolescentes, com 3 a 8% de todas as crianças em idade escolar sendo afetadas (APA, 1995; REMSCHMIDT, 2005). O TDAH está frequentemente associado a comorbidades psiquiátricas, tais como TOD, TC, transtornos de tiques e sono, transtornos da aprendizagem e problemas motores (BIEDERMAN *et al.*, 1996; GOLDMAN *et al.*, 1998). Crianças e adolescentes com TDAH são de alto risco de desenvolver uma ampla gama de adversidades psiquiátricas, incluindo taxas significativamente elevadas de transtornos antissocial,

adictivos, humor e ansiedade (BIEDERMAN *et al.*, 2006), e frequentemente sofrem prejuízos no desempenho escolar, nas relações familiares e com os pares e maior propensão para sofrer lesões (ESCOBAR *et al.*, 2005).

O TC foram encontradas prevalências de 4,2% no estudo de Rutter na Ilha de Wight, na década de 1970, e de 5,% no estudo de Oxford, no Canadá. É também bem estabelecida a ocorrência desse transtorno em maior proporção no sexo masculino (4:1) (OFFORD *et al.*, 1987; LORBER, 2004). No Brasil, verificou-se uma prevalência de 7% em um estudo realizado com indivíduos de 7 a 14 anos no município de Taubaté (SP) (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Em 30 casos (43,5%) foi observado TDHA, sendo 23 do tipo combinado (76,7%), 03 desatentos (10,0%) e 04 hiperativo (13,3%) (Gráfico 8), estando significativamente mais alto que a prevalência populacional de crianças e adolescente (em torno de 5%). Como colocado acima, nas pesquisas o TDAH está frequentemente associado a comorbidades psiquiátricas; na pesquisa realizada com os adolescentes em conflito com a lei, pudemos observar que as comorbidades foram mais a regra do que a exceção e ficou evidente que as consequências para esses adolescentes foram o TC e os problemas de aprendizagem. Verificou-se que os adolescentes da pesquisa apresentaram uma ampla gama de adversidades psiquiátricas, incluindo taxas significativamente elevadas de transtornos antissocial, adictivos, humor, ansiedade e prejuízos no desempenho escolar.

Com TDHA observa-se aumento da reincidência, com nível de significância limítrofe ($p = 0,08$). Portanto, os portadores de TDAH podem ser aqueles que voltam a reincidir em delitos de uma forma mais significativa, ressaltando o que já foi descrito em trabalhos anteriores, que no TDAH encontra-se déficit em funções executivas, com comprometimento da memória de trabalho. Em consequência desse comprometimento apresentam dificuldade de manter eventos em mente, manipulá-los ou agir de acordo com eles; não antecipam as consequências de seu comportamento, por não conseguir articular a meta futura com o registro do material do passado, com prejuízo do sentido do tempo e da organização temporal das ações. Muitas vezes são capazes de avaliar o futuro e as consequências de seu comportamento, mas não conseguem agir de acordo com esse conhecimento, ficando as ações comandadas pelo presente imediato, não conseguindo manter a atenção nas suas representações internas e guiar suas ações por uma perspectiva futura (BARNETT *et al.*, 2001).

Pelo que foi exposto acima no tocante à alta prevalência de TDAH e as alterações de funções executivas, que muitas vezes acompanham esse transtorno e também encontram-se afetadas em vários transtornos psiquiátricos, é compreendido o resultado de reincidência entre os adolescentes que cometeram delito leve, com resultado limítrofe ($p = 0,06$) (Gráfico 18), colocando os adolescentes em conflito com a lei em uma porta giratória para as reincidências.

Os Transtornos Disruptivos normalmente são acompanhados de alterações das funções executivas, principalmente o TDAH e no TC reativo. A memória de trabalho, que é a capacidade de manter na mente os eventos e operar com elas, seu prejuízo traz dificuldade de discernir as consequências, baseando-se em experiências prévias, portanto não antecipa as consequências dos atos e demora mais para aprender com a experiência. A reincidência dos delitos foi observada em 26 casos (37,7%), podendo também ser justificada esta reincidência pela alta incidência de TDAH, sabidamente transtorno em que as funções executivas estão afetadas, na maior parte das vezes. Em grande parte dos portadores de TDAH, existem alterações na memória de trabalho, no controle de impulsos, na capacidade reflexiva, portanto justifica-se este resultado limítrofe para as reincidências, assim como a maior frequência para delitos leves ($p = 0,08$) (Gráfico 25). Logicamente as reincidências não podem ser justificadas somente por essas situações. Também não há dúvida de que o TDAH associado a fatores estressores, como já foi colocado acima, e políticas ainda insuficientes nas áreas da saúde, da educação e justiça corroboram para as reincidências.

No estudo realizado em Illinois (TEPLIN *et al.*, 2002), o TDAH apresentou uma prevalência de 16,6%, sendo 17,0% para os afro-americanos, 20,9% para os brancos e 13,7% para os hispânicos. Todas as taxas de uma forma significativamente mais baixas, quando comparadas aos resultados desta pesquisa, que foi de 43,5%. Ressalta-se que apesar de os instrumentos estarem calcados no DSM-III-R, na pesquisa de Illinois, trata-se também de um instrumento estruturado. O instrumento utilizado nesta pesquisa é uma entrevista diagnóstica semiestruturada, baseando-se nos critérios diagnósticos do DSM-III-R e DSM-IV, que adequa as perguntas ao nível do desenvolvimento do entrevistado, devendo o entrevistador concluir o diagnóstico utilizando-se de seu julgamento clínico. Também a pesquisa realizada no Brasil, onde os adolescentes tiveram menos possibilidades para tratamento e educação especializada, portanto, ficando para esses adolescentes

impulsivos reativos receberem uma “atenção especializada”, no sistema de justiça juvenil.

Em 41 casos (59,4%) foi observado TC (Gráfico 6), 13 com início na infância (31,7%) e 28 com início na adolescência (68,3%), dos quais, 15 indiferenciados (53,6%) e 13 de grupo (46,4%) (Gráfico 9). Também os TC foram classificados como leve em 04 casos (9,7%), moderado em 17 casos (41,5%) e grave em 20 casos (48,8%) (Gráfico 10).

A prevalência de 59,4 % de TC é altamente significativa quando comparada ao estudo populacional, que foi realizado na cidade de Taubaté, no Estado de São Paulo, que apresentou a prevalência de 7% para os Transtornos Disruptivos (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Ressalta-se que o TC de início na infância pode ser persistente, cursando com criminalidade em todo o curso da vida (ODGERS *et al.*, 2008), normalmente filiando-se a pares desviantes. Na pesquisa os de início na infância tornam-se os casos mais graves, pois há persistência dos sintomas na adolescência, visto que os sintomas não ficaram limitados aos sintomas na infância; portanto, necessitariam de um acompanhamento muito mais cuidadoso, pois são indivíduos com maior risco de se manter na criminalidade.

O delito leve predominou na forma adolescência ($p=0,06$) em índice limítrofe, indo de encontro com as pesquisas que trazem o TC de início na adolescência, é visto como um transtorno de menor gravidade e mais autolimitado, desistindo do comportamento antissocial quando iniciam papéis e responsabilidades de adultos (MOFFITT, 2006), podendo continuar engajados em crimes, quando apresentam uso de substâncias e transtornos internalizantes (ODGERS *et al.*, 2007). Com essas questões levantadas, salienta-se a importância de os adolescentes em conflito com a lei receberem tratamento na área de saúde mental, com ênfase no uso de substâncias no sentido de prevenir as recidivas ou mesmo a continuidade do problema para a idade adulta.

Na pesquisa realizada no estado de Illinois (TEPLIN *et al.*, 2002), os Transtornos Disruptivos apresentaram a prevalência de 41,4%, sendo 39,8% nos afro-americanos, 59,4% nos brancos e 43,3% nos hispânicos. Na pesquisa objeto deste estudo a prevalência foi de 59,4%, a mesma encontrada na pesquisa com adolescentes brancos, em Illinois.

Nas manifestações do TDAH e do TC são observados os sintomas das doenças e as manifestações comportamentais. Os comportamentos associados a essas duas doenças, que muitas vezes são observados nos adolescentes em conflito com a lei, podem ser a agressão, a impulsividade, a violência e o comportamento de quebrar as regras.

Na revisão bibliográfica descreveu-se que os fatores de risco para o desenvolvimento do TDAH e o TC são tanto os ambientais como os neurobiológicos (genéticos). Entre os principais fatores de risco ambientais estão a baixa situação socioeconômica, Transtorno de Personalidade Antissocial em parentes e deficiência nas relações com os pais (WHITTINGER *et al.*, 2007). Foi apresentado nos resultados da pesquisa que os adolescentes são provenientes principalmente das classes sociais mais pobres, vivendo em bairros e municípios da periferia da cidade de Curitiba, sendo que 49% tinham algum parente de primeiro grau envolvido com lei. Vivendo na maior parte das vezes com pais separados. O entorno familiar é um fator de risco, pois uma criança com TDAH em um meio de separações matrimoniais e adversidades familiares pode desencadear um TOD ou um TC, consequentemente levando a um comportamento delinquente (REEVES *et al.*, 1987).

Os sintomas de confrontação e agressividade, comuns no TDAH e principalmente no TOD no TC, aparecem com mais frequência no sexo masculino e normalmente já estão presentes na fase pré-escolar; a criança apresenta raiva, desobediência, dificultando de forma significativa os seus cuidados diários, tanto em casa como na pré-escola (BREITENSTEIN; HILL; GROSS, 2009). Portanto, na pesquisa o TDAH e o TC foram significativamente prevalentes, esses resultados apontados pelo instrumento utilizado para seus diagnósticos, o K-SADS-PL, que para o diagnóstico do TDAH, com esse instrumento, os sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade, em 43,5% dos adolescentes já apresentavam problemas comportamentais que eram evidenciados antes dos sete anos. Portanto, a atenção para o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo dessas crianças podem auxiliar nos programas de prevenção.

Para esses transtornos existe uma suscetibilidade genética que, juntamente com os fatores protetores ou estressores, determinará seu aparecimento. Os fatores protetores como alta inteligência, ambiente emocional positivo, adequação dos pais e valores culturais com certeza não permearam a população deste estudo. Os fatores de risco, provenientes de famílias monoparentais, com pais alcoolistas,

moradores em locais conhecidamente onde há disponibilidade de drogas e violência, são estressores que podem desencadear os comportamentos disruptivos, ou em conjunto podem agravar a má adaptação social, a emocionalidade, com maiores dificuldades na autoorganização, no controle de impulsos, levando à agressividade e a comportamentos violentos (WASSERMAN *et al.*, 2003b).

No TC há uma violação dos direitos básicos das outras pessoas e das normas sociais ou das leis, de forma grave, com padrão repetitivo e persistente, manifestando-se por meio da agressão a pessoas ou animais, condutas como destruição de propriedade, fraude, roubo e violação grave das normas, trazendo prejuízo social, acadêmico ou laboral (APA, 1995). Portanto, esses quesitos foram observados na população estudada, apresentaram delitos de menor gravidade, assim como de maior gravidade. Também verificou-se que os adolescentes em conflito com a lei apresentaram prejuízos como baixa escolaridade e evasão escolar, estando 73,5% deles fora da escola.

O delito mais frequentemente observado foi o roubo (delito leve), em 66,7% dos casos, seguido de homicídio (delito grave), em 8,7% dos casos (Gráfico 5). Os delitos foram classificados como graves ou maiores em 13 casos (18,8%) (sequestro, homicídio, latrocínio, tentativa de homicídio e tentativa de estupro) e leves ou menores nos demais casos (81,2%) (danos, furto, porte de arma, agressão, roubo e tráfico de drogas).

Os Transtornos Disruptivos trazem graves problemas comportamentais que causam um impacto na socialização do indivíduo, e o TDAH mostrou ser a causa de agressão violenta reativa em adultos assassinos estudados (RÖSLER *et al.*, 2009). Em estudo com crianças com TDAH, foi verificado que crianças que apresentavam esta doença em comorbidade com TOD tinham uma probabilidade maior de desenvolver TC mais tarde, juntamente com quadros mais severos de TDAH (WHITTINGER *et al.*, 2007). Esses apontamentos trazem reflexões novamente sobre estratégias de prevenção possíveis, atentando-se ao TDAH e aos Transtornos Disruptivos, a gravidade de sua sintomatologia e a comorbidade entre eles.

5.2.4 O Uso e Abuso de Substâncias, sua relação com os Transtornos Disruptivos e o adolescente em conflito com a lei

Na adolescência ainda há uma imaturidade das estruturas cerebrais que são responsáveis pela percepção temporal, tornando o adolescente mais imediatista e valorizando quase que somente o presente. Esta associação da impulsividade e o imediatismo, juntamente com a onipotência juvenil, deixam o adolescente mais vulnerável à experimentação e ao uso de substâncias psicoativas. O adolescente busca o prazer imediato e o alívio instantâneo de seus incômodos, que proporcionados pelo uso de substâncias (SCIVOLETTO; DA SILVA; ROSENHECK, 2011).

Em um estudo realizado na cidade de Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul, em 2001 (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001), para verificar a prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes, os autores verificaram que as substâncias mais usadas, alguma vez na vida, foram o álcool 86,8%, o tabaco 41,0%, a maconha 13,9%, os solventes 11,6%, os ansiolíticos 8,0%, as anfetamínicos 4,3% e a cocaína 3,2%. O uso de álcool frequente (usou seis vezes ou mais nos 30 dias anteriores à pesquisa) teve a prevalência em 22,1% dos jovens e o uso pesado em 6,9%, e de outras drogas o uso frequente apareceu em 4,7 e uso pesado (usou 20 vezes ou mais nos 30 dias anteriores à pesquisa) em 2,7%. Essa pesquisa foi respondida por 2.410 estudantes, com idade entre 10 e 19 anos, matriculados a partir da 5.^a série e segundo grau, em todas as escolas públicas e particulares na zona urbana, sendo também buscados os estudantes que estavam ausentes da escola no momento da pesquisa.

Na população dos adolescentes em conflito com a lei, objeto deste estudo, a prevalência do uso de substâncias foi de 53,6% (Gráfico 13); 37 adolescentes foram diagnosticados com uso e abuso de substâncias, sendo a dependência mais prevalente que o abuso, entre os que apresentaram este problema (Gráfico 15). Verificaram-se 16 casos de abuso (43,2%) e 21 casos de dependência (56,8%). No tocante às drogas mais utilizadas, estão a maconha e o crack, seguidas do solvente, cocaína e o álcool (Gráfico 15). Evidencia que o comportamento delinquente e problemas de uso de substância andam de mãos dadas na adolescência, sugerindo uma relação de reciprocidade entre os dois comportamentos.

Este resultado vai ao encontro de outros estudos com jovens em conflito com a lei, que demonstram que grande parte deles tem histórias recentes do uso de substâncias ilegais e que jovens com graves e crônicos comportamentos delinquentes são mais propensos a receber o diagnóstico de Transtorno do Uso de Substâncias (WILSON *et al.*, 2001; TEPLIN *et al.*, 2002).

Na pesquisa realizada no estado de Illinois (TEPLIN *et al.*, 2002), o uso de substâncias entre os adolescentes em conflito com a lei foi de 50,7%, sendo transtorno para o uso de álcool de 25,9%, para maconha foi de 44,8%, outras substâncias 2,4% e álcool e outras substâncias foi de 20,7%. Na pesquisa objeto desta discussão registrou-se 53,6% de uso de substâncias, sendo que 43,2% abusavam da substância e 56,8% estavam dependentes.

A relação entre o uso de substâncias e delinquência durante a adolescência mostrou existir uma implicação direta. Outras pesquisas têm mostrado que muitos jovens que têm problemas com a lei também têm problemas com o uso de substâncias, e suas infrações muitas vezes estão ligadas ao seu envolvimento com drogas ou álcool, servindo como combustíveis para comportamentos destrutivos (MULVEY, 2011). O uso de substância precoce prediz o comportamento criminoso posterior na adolescência (HUIZINGA; LOEBER; THORNBERRY, 1993; Ford, 2005).

O uso de substâncias, assim como o transtorno psiquiátrico em um dos pais, pode ser um fator de risco, tanto para o desenvolvimento de um TUS quanto para o desenvolvimento de um comportamento delinquentes (OSOFSKY; THOMPSON, 2000). Dados colhidos na pesquisa informam que em 28 casos foram observados a presença de transtorno dos pais (40,6%), sendo o alcoolismo o mais frequente (14 casos, 51,8%), seguido de dependência química (10 casos, 37,0%). Para as mães, esta frequência foi de 19 casos (27,5%), sendo depressão o principal transtorno (9 casos, 47,4%). Uso de substâncias psicoativas entre os pais, negligência, ambiente familiar perturbado e conflituoso e outros fatores, como busca de sensações e desinibição pelo adolescente, também pobre regulação dos afetos, depressão e estresse ambiental podem levar a comportamentos externalizantes, tais como uso de drogas e atividades criminosas (HERSH; HUSSONG, 2009). Alguns dos fatores que colocam o indivíduo em risco de envolvimento com a criminalidade também colocam o indivíduo em risco para problemas de uso de substância (IACONO; MALONE; McGUE, 2008; MARMORSTEIN; IACONO; McGUE, 2009).

A pesquisa mostrou que os transtornos mais prevalentes foram o TC, o uso e abuso de substâncias e o TDAH, o que vem ao encontro de outras pesquisas, que evidenciaram que problemas de comportamento e agressividade em crianças pequenas predis põem em uma idade posterior ao uso de substâncias ilícitas na adolescência (HENRY; TOLAN; GORMAN-SMITH, 2001; MASON *et al.*, 2007; WIESNER; KIM; CAPALDI, 2005). O que vem ressaltar a importância do tratamento do TDAH, TOD e TC na infância para poder prevenir o desenvolvimento do uso ou abuso de substâncias na adolescência.

Os adolescentes da pesquisa em sua grande maioria moravam em bairros da periferia da cidade de Curitiba, ou municípios da região metropolitana, reconhecidos locais de alta criminalidade. Jovens que vivem em bairros de alta criminalidade podem ser introduzidos no uso de drogas ou recrutados para atividades criminosas, sendo que há uma taxa desproporcional em comparação com jovens que vivem em bairros mais estáveis (ELICKSON; McGUIGAN, 2000; LITTLE; STEINBERG, 2006).

O TDAH é um dos transtornos comportamentais mais comuns e de mais alta herdabilidade dos transtornos comportamentais da infância (FARAONE, 2005). A preocupação com a contribuição do TDAH e os outros transtornos psiquiátricos, tais como o abuso de drogas, tem gerado um interesse considerável (FLORY; LYNAM, 2003). Ressalta-se que na pesquisa observou-se de forma significativa a associação entre TDHA e abuso de substâncias ($p < 0,001$). Portanto, confirma-se o que já foi encontrado em pesquisas anteriores, uma relação significativa entre o TDAH e o desenvolvimento do uso de substâncias na adolescência. Diante disso, programas preventivos sobre o uso de substâncias para a população portadora de TDAH devem ser sempre prioritários. Conclui-se que o TDAH, mais adversidades sociais, baixa escolaridade e uso de substâncias são fatores de risco para o desenvolvimento de adolescentes com problema com a lei.

Muitos autores (BIEDERMAN *et al.*, 1997; HORNER; SCHEIBE, 1997; FLORY; LYNAM, 2003) têm sugerido que crianças com TDAH apresentam maior probabilidade de desenvolver abuso de substâncias na adolescência e quando adultos jovens que aqueles que sem história deste transtorno.

Também outro resultado relevante da pesquisa foi a associação entre TC e abuso de substâncias ($p < 0,01$), evidenciando-se a associação significativa entre o TC e o Transtorno de Uso de Substâncias.

Os comportamentos externalizantes aparecem precocemente no TDAH, portanto pode ser identificado em crianças com alto risco de desenvolver abuso de substância mais tarde. No entanto, a relação de abuso de substâncias e TDAH muitas vezes passa despercebida quando a co-ocorrência com TC é considerada (ELKINS; McGUE; IACONO, 2007).

A hiperatividade e (ou) impulsividade prediz o início para todos os tipos de uso de substâncias. Sendo que o diagnóstico de TC também mostrou-se um forte preditor de transtornos de substância. A hiperatividade e (ou) impulsividade prediz problemas com substâncias mais tarde, mesmo depois com o amadurecimento, quando mais tarde emergem sintomas de TC. Considera-se que a desatenção sozinha representa um risco menor. Mesmo um único sintoma de TDAH ou TC está associado ao aumento do risco (ELKINS; McGUE; IACONO, 2007).

Na pesquisa, os adolescentes com TC, 46,4% deles agiam somente em grupo e 53,6% agiam solitariamente e em grupo, sendo identificados como TC indiferenciado. Percebe-se com esse resultado que a questão grupal tem uma influência significativa na vida do adolescente em conflito com a lei, sendo uma preocupação para o tratamento, porque o fenômeno grupal para o adolescente faz parte do desenvolvimento normal, pois é na adolescência que acontece um alargamento do mundo social, desvinculando-se emocionalmente dos pais e direcionando-se para o grupo de iguais-pares (SPRINTHALL; COLLINS, 2003). Na adolescência os amigos se compreendem melhor com relações recíprocas e íntimas, normalmente as amizades ganham intensidade e estabilidade.

Na pesquisa, a reincidência esteve associada ao abuso de substâncias ($p = 0,03$) (Gráfico 26); portanto conclui-se que o uso de substâncias tanto pode estar relacionado com problemas de conflito com a lei em jovens quanto é um fator que leva de uma forma significativa à reincidência. No entanto, não se observou associação entre o uso de drogas e a sua relação com a gravidade do delito ($p = 0,75$) (Gráfico 32).

Verifica-se, assim, a importância de um diagnóstico precoce e um tratamento efetivo para adolescentes que apresentam problemas com abuso de substâncias e problemas com a lei, atentando-se para o fato que este jovem pode apresentar uma outra comorbidade psiquiátrica, como o TDAH, TC ou um transtorno com sintomas de ansiedade e depressão. Um atendimento efetivo pode ajudar os jovens a

desenvolverem competências e habilidades, colocando-os com maiores chances na idade adulta de conseguirem assumir os papéis adequados.

Portanto, na reabilitação desses jovens que apresentam problemas com uso de substâncias e delinquência, deve-se ajudá-los:

- no desenvolvimento de habilidades (pessoal ou profissional) e nas tomadas de decisões (MULVEY, 2011);
- ajudá-los a inserir-se em grupo de pares positivos, afastando-os de grupos que usam drogas e de gangues;
- ajudá-los nas dificuldades de aprendizagem e nas disfunções familiares.
- oportunizar o amadurecimento social, emocional e intelectual, direcionando-os para atividades socialmente aceitáveis e seguras;
- deve-se participar e supervisionar suas rotinas como escola, emprego, estimulando-os para relacionamentos estáveis e a cumprir papéis positivos na comunidade;
- estimular a hábitos saudáveis de vida como: alimentação saudável, esportes e sono noturno;
- o investimento social é um fator potencialmente importante nesse processo de reabilitação (LAUB; SAMPSON, 2001);
- ajudá-los a reconhecer e valorizar um novo estilo de vida, com novos papéis e a importância do apego às pessoas, ao trabalho e às conquistas, e que tudo isso merece ser protegido.

A adolescência é uma etapa em que frequentemente ocorre a experimentação de drogas. Quando há um abuso ou dependência de drogas, muitas vezes existem padrões que se refletem no comportamento, que podem ser percebidos pela família e pela escola, e pode-se tomar alguma providência aos primeiros sinais, o que coloca o jovem com maiores chances de sucesso no não desenvolvimento de um TAS.

Na pesquisa realizada, 73,9% dos adolescentes não estavam frequentando a escola; para alguns, a causa pode ser o consumo de drogas, para outros a ausência à escola culminou com o uso de drogas. Independente do que ocorreu de forma primária, o abandono à escola é um marcador de necessidade de intervenção.

Para diminuir o uso de substâncias e a delinquência na adolescência, devem-se entender os fatores de proteção, aqueles fatores que previnem ou que façam os jovens desistirem de tais comportamentos, aprenderem habilidades novas e maduras.

5.3 O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI E A GRAVIDADE DO DELITO

Na análise comparativa de gravidade de delitos (graves ou leves) dos adolescentes em conflito com a lei, não se observa diferença significativa no que se refere à classe social ($p = 0,85$) (Gráfico 16). Os adolescentes em conflito com a lei entrevistados nesta pesquisa, em sua maioria, são de classes sociais menos favorecidas. Isto não significa que a pobreza acentue a gravidade do delito, se observarmos que nesta pesquisa os adolescentes em conflito com a lei que se encontravam na Vara de Adolescentes Infratores, cumprindo uma medida sócio-educativa, em sua grande maioria, pertenciam às classes menos favorecidas.

Na análise da escolaridade dos adolescentes em conflito com a lei, observou-se associação entre a gravidade do delito e o nível de escolaridade. Os delitos leves foram mais frequentes em adolescentes com nível de escolaridade menor ($p = 0,06$) (Gráfico 17). Supõe-se que os adolescentes com menor escolaridade apresentaram maiores problemas escolares, ou por transtornos de aprendizagem ou por um transtorno psiquiátrico, mostrando um menor grau de abstração e, portanto, uma menor capacidade de elaboração e isto pode ter corroborado com os resultados da pesquisa que apontam que adolescentes com menor grau de escolaridade cometeram crimes mais leves, como pequenos furtos. Observou-se maior frequência de reincidência dos delitos entre os adolescentes que cometeram delitos leves ($p = 0,06$) (Gráfico 18). Muitas vezes existem déficits de funções executivas, que tornam estes adolescentes menos reflexivos, com menor capacidade de aprender com as experiências, reincidindo mais vezes. O que pode confirmar essa situação é que os adolescentes com TDAH apresentaram maior frequência de delitos leves ($p = 0,02$) (Gráfico 20) e maior reincidências, com nível de significância limítrofe ($p = 0,08$) (Gráfico 25). Mas o fato de haverem procurado algum tipo de tratamento anteriormente, seja neurológico, psicológico ou psiquiátrico, demonstra que já havia algum transtorno emocional ou

neuropsiquiátrico, apontando para a possibilidade de que o delito ocorresse, mas não de forma grave.

Surpreendentemente, não se observou associação entre a gravidade do delito e a situação atual de frequência escolar, assim como não se observou associação entre a gravidade do delito e o grau de instrução dos pais. Delitos leves ou graves foram praticados na sua quase totalidade por adolescentes que estavam estudando na ocasião da pesquisa (~90,0%). É sempre pensado na escola e na escolaridade como fatores protetivos, portanto, esperava-se que os adolescentes que frequentavam a escola estariam mais afastados dos crimes, principalmente de delitos graves, assim como aqueles que possuíam pais com maior escolaridade. Estudos precisam ser realizados para saber se os chefes do crime, os mandantes, possuem maior ou menor escolaridade e os executores do crime (“trabalho”) seriam aqueles com menor escolaridade, como acontece normalmente nas empresas. Provavelmente a escolaridade dos pais dos adolescentes em conflito com a lei, na sua maioria nesta pesquisa sendo de nível baixo e isto reflete a realidade da população brasileira. Portanto, não é somente a escolaridade dos adolescentes e de seus pais que justifica o problema com a lei que os adolescentes apresentaram, existindo outros fatores conjuntamente.

Outro fator surpreendente que verificou-se foi uma maior frequência de delitos graves entre os adolescentes que afirmaram que estavam trabalhando ($p = 0,01$) (Gráfico 19). Também é pensado que o fato de trabalhar possa ser um fator protetivo para a não ocorrência de crimes, mas o que observa-se, nesta pesquisa, é que este fator não foi protetivo para a gravidade dos crimes dos adolescentes analisados.

Dentre os aspectos familiares e a gravidade do delito não se constatou diferença significativa entre a gravidade do delito e a situação conjugal dos pais, com quem reside ou número de irmãos e se tinha algum parente de primeiro grau envolvido com a lei ($p > 0,05$).

Ainda quando discute-se a patologia psiquiátrica e a gravidade do delito, observou-se que o delito leve predominou na forma de TC de início na adolescência ($p = 0,06$), sem diferença quanto ao grupo ($p = 0,48$) (Gráfico 23). Não se observou diferença significativa entre a gravidade do TC e o tipo de delito ($p = 0,17$) (Gráfico 24). Não se observou diferença significativa entre a gravidade do delito e o TA ($p = 0,16$) (Gráfico 30), assim como não se registrou diferença significativa entre

o TH e a gravidade do delito ($p = 0,67$) (Gráfico 31) e não se observou associação entre o uso de drogas, quando vista de forma global e a gravidade do delito ($p = 0,75$) (Gráfico 32). Embora com poucos casos informados, observou-se maior frequência de delito grave nos adolescentes que usam álcool ($p = 0,04$) (Gráfico 33). O mesmo se constatou entre os usuários de maconha, com nível de significância limítrofe em virtude do número pequeno de casos ($p = 0,15$) (Gráfico 34). Mas a reincidência esteve associada ao abuso de substâncias ($p = 0,03$) (Gráfico 26). Não se observou associação entre a gravidade do delito e a presença de um ou mais transtornos psiquiátricos ($p = 0,74$) (Gráfico 35). Não se observou, igualmente, associação entre a frequência de delito grave e o número de transtornos psiquiátricos, mas um aumento dos delitos leves de acordo com o maior número de transtornos ($p < 0,01$) (Gráfico 36).

No estudo dos adolescentes em conflito com a lei a frequência de transtornos psiquiátricos foi significativa, acometendo 81,1% deles, sendo este dado substancialmente mais alto do que na população de jovens, que é em torno de 12%, assim como foi significativa a apresentação das comorbidades psiquiátricas que apresentou-se em 59% dos jovens avaliados. Embora a patologia psiquiátrica e as comorbidades psiquiátricas não se relacionem com a gravidade do delito, no entanto, estas patologias e comorbidades são uma característica em comum entre os jovens adolescentes em conflito com a lei. Portanto, percebe-se que os transtornos psiquiátricos tornam-se um dos maiores problemas de saúde para grande parte desses jovens, corroborando para a condição que estão vivendo, cumprindo medida sócio-educativa na Vara de Adolescentes Infratores.

Obter uma compreensão mais profunda desta dinâmica é fundamental para o tratamento e o desenvolvimento de abordagens e os esforços para uma prevenção mais eficaz, neste segmento do adolescente em conflito com a lei. Uma intervenção no momento certo para o desenvolvimento de comportamentos violentos poderia evitar uma vida inteira de uso de substâncias e delinquências.

O adolescente em conflito com a lei, torna-se uma situação específica na análise da população geral dos adolescentes e também dos adolescentes que apresentam algum transtorno psiquiátrico. Com os resultados apresentados nesta pesquisa, constata-se que para buscar explicações dessa especificidade, deve-se lançar mão de inúmeras variáveis, pois uma única variável como situação socioeconômica traz respostas limitadas, assim como pensar nas questões

biológicas e psicológicas. Mas os resultados desta pesquisa revelam complexidades na situação específica dos adolescentes em conflito com a lei, trazendo dados que podem ter implicações importantes para intervenções da justiça juvenil, pois evidenciou-se que a saúde mental é um dos fatores fundamentais.

6 CONCLUSÕES

- Os adolescentes em conflito com a lei apresentam frequência elevada de transtornos psiquiátricos (81%).
- Os adolescentes em conflito com a lei em sua maioria são principalmente da raça branca, seguidos de pardos e afro-brasileiros, vivem em situações socioeconômicas mais baixas (pertencem principalmente às classes sociais C, D e E), em sua maioria vivem em bairros da periferia de Curitiba e municípios da região metropolitana, são filhos de mães solteiras e pais separados (famílias monoparentais em sua maioria), com pais com baixa escolaridade e com transtornos psiquiátricos. Possuem parentes de primeiro grau envolvidos com problemas com a lei em uma incidência significativa. Em sua maioria estes adolescentes apresentam baixa escolaridade e alta prevalência de evasão escolar, estando 73,9% deles fora da escola.
- Os transtornos psiquiátricos mais frequentes são o Transtorno de Conduta, o Transtorno de Abuso de Substâncias, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o Transtorno de Ansiedade e o Transtorno de Humor Bipolar. As comorbidades psiquiátricas apresentaram-se como o maior problema de saúde entre os adolescentes em conflito com a lei. Existe uma associação significativa entre todos os transtornos psiquiátricos e o Transtorno de Abuso de Substâncias.
- O adolescente em conflito com a lei apresenta uma alta frequência de Transtorno de Abuso de Substâncias, a maior parte deles é dependente, sendo o abuso e a dependência de maconha e crack mais prevalentes, seguidas do álcool, solvente e cocaína. O abuso de substâncias está relacionado de forma significativa à reincidências.

- Os delitos leves foram mais freqüentes em adolescentes com menor escolaridade, que apresentaram Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Conduta de início na adolescência e quanto maior o número de transtornos psiquiátricos. As reincidências estiveram associadas a delitos leves e Transtorno de Abuso de Substâncias. De forma significativa os delitos graves foram significativos em adolescentes que estavam trabalhando e que apresentaram abuso de álcool. Não esteve associado a gravidade do delito a classe social que pertence, o fato do adolescente estar freqüentando escola, o grau de instrução e a situação conjugal dos pais, assim como, ter um parente de primeiro grau envolvido com a lei.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Entre os adolescentes em conflito com a lei 43,5 apresentaram o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, todos estes adolescentes já apresentavam problemas comportamentais antes dos sete anos; portanto, programas de diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo dessas crianças podem auxiliar em programas de prevenção. Priorizando crianças que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, principalmente com comorbidade com Transtorno de Conduta, que apresentam dificuldades de aprendizagem, repetências sucessivas e evasão escolar.
- Em programas de prevenção para adolescentes em conflito com a lei, deve-se priorizar as crianças que vivem em situação socioeconômica desfavorecida, em locais violentos, famílias monoparentais, com pais que apresentam algum transtorno psiquiátrico e com parente de primeiro grau com problemas com a lei.
- As comorbidades psiquiátricas apresentaram-se como o maior problema de saúde entre os adolescentes em conflito com a lei, 59% dos jovens avaliados. Pode-se concluir que muitos dos jovens com comorbidades psiquiátricas estão cumprindo penas e estão sendo detidos ao invés de estarem recebendo tratamento.
- Programas de prevenção de drogas, especialmente para crianças com Transtorno de Conduta e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, pela associação significativa entre esses transtornos e o Transtorno de Uso de Substâncias no adolescente em conflito com a lei. O comportamento delinquente, o Transtorno de Déficit de Atenção, o Transtorno de Conduta e o Transtorno de Abuso de Substâncias andam de mãos dadas na adolescência, sugerindo uma

relação de reciprocidade entre esses problemas comportamentais no adolescente em conflito com a lei.

- Adolescentes de classes sociais mais favorecidas também apresentam comportamentos fora da lei, porém não sofrem as mesmas consequências de jovens de classes sociais desfavorecidas. Estudos nas áreas de Saúde e Justiça deveriam ser realizados para o entendimento desta situação, possibilitando que as mesmas condições fossem oferecidas a todos.
- Sem cuidados adequados na área da saúde mental, uma grande parte dos jovens em conflito com a lei se tornará uma população adulta problemática, com sérios prejuízos individuais, familiares e sociais.
- Muito ainda se faz necessário investir, tanto no desenvolvimento de métodos para avaliar a eficácia das intervenções quanto no desenvolvimento de serviços e instituições que possam prestar assistência ao adolescente em conflito com a lei.
- Com altas taxas de transtornos psiquiátricos na população de adolescentes em conflito com a lei, conclui-se que a prioridade para esta população deverá ser o tratamento em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, K. M.; TEPLIN, L. A.; McCLELLAND, G. M.; DULCAN, M. K. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. **Arch Gen Psychiatry**, v.60, n.11, p.1097-1108, 2003.
- AMEN, D. G.; STUBBLEFIELD, M.; CARMICHEAL, B.; THISTED, R. Brain SPECT findings and aggressiveness. **Ann Clin Psychiatry**, v.8, n.3, p.129-137, 1996.
- AMERICANA, A. P. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ANGOLD, A.; COSTELLO, E. J.; ERKANLI, A. Comorbidity. **J Child Psychol Psychiatry**, v.40, n.1, p.57-87, 1999.
- ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Semiologia em psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- ATZABA PORIA, N.; PIKE, A.; DEATER DECKARD, K. Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. **J Child Psychol Psychiatry**, v.45, n.4, p.707-718, 2004.
- AXELSON, D.; BIRMAHER, B.; STROBER, M.; GILL, M. K.; VALERI, S.; CHIAPPETTA, L.; RYAN, N.; LEONARD, H.; HUNT, J.; IYENGAR, S.; BRIDGE, J.; KELLER, M. Phenomenology of children and adolescents with Bipolar spectrum disorders. **Arch Gen Psychiatry**, v.63, n.10, p.1139-1148, 2006.
- BACHMAN, J. G. **The decline of substance use in young adulthood**: changes in social activities, roles, and beliefs. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2002.
- BADDELEY, A. D.; HITCH, G. J. Developments in the concept of working memory. **Neuropsychology**, v.8, n.4, p.485-493, 1994.
- BARKATAKI, I.; KUMARI, V.; DAS, M.; TAYLOR, P.; SHARMA, T. Volumetric structural brain abnormalities in men with schizophrenia or antisocial personality disorder. **Behav Brain Res**, v.169, n.2, p.239-247, 2006.

BARKER, E. D.; MAUGHAN, B. Differentiating early-onset persistent versus childhood-limited conduct problem youth. **Am J Psychiatry**, v.166, n.8, p.900-908, 2009.

BARNETT, R.; MARUFF, P.; VANCE, A.; LUK, E. S.; COSTIN, J.; WOOD, C.; PANTELIS, C. Abnormal executive function in attention deficit hyperactivity disorder: the effect of stimulant medication and age on spatial working memory. **Psychol Med**, v.31, n.6, p.1107-1115, 2001.

BAUMRIND, D.; MOSELLE, K. A. A development perspective on adolescent drug abuse. **Adv Alcohol Subst Abuse**, v.4, n.3-4, p.41-67, 1985.

BECHARA, A.; DAMASIO, A. R.; DAMASIO, H.; ANDERSON, S. W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. **Cognition**, v.50, n.1-3, p.7-15, 1994.

BENVEGNÚ, L. A.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A.; WEGMAN, D. H.; DALL'AGNOL, M. M. Work and behavioural problems in children and adolescents. **Int J Epidemiol**, v.34, n.6, p.1417-1424, 2005.

BERG, I. Absence from school and mental health. **Br J Psychiatry**, v.161, p.154-166, 1992.

BERNBURG, J. G.; THORLINDSSON, T. Adolescent violence, social control, and the subculture of delinquency. **Youth & Society**, v.30, n.4, p.445, 1999.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; MILBERGER, S.; JETTON, J. G.; CHEN, L.; MICK, E.; GREENE, R. W.; RUSSELL, R. L. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.35, n.9, p.1193-1204, 1996.

BIEDERMAN, J.; MICK, E.; FARAONE, S. V.; SPENCER, T.; WILENS, T. E.; WOZNIAK, J. Pediatric mania: a developmental subtype of Bipolar disorder? **Biol Psychiatry**, v.48, n.6, p.458-466, 2000.

BIEDERMAN, J.; MONUTEAUX, M. C.; MICK, E.; SPENCER, T.; WILENS, T. E.; SILVA, J. M.; SNYDER, L. E.; FARAONE, S. V. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. **Psychol Med**, v.36, n.2, p.167-179, 2006.

BIEDERMAN, J.; PETTY, C. R.; DOLAN, C.; HUGHES, S.; MICK, E.; MONUTEAUX, M. C.; FARAONE, S. V. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. **Psychol Med**, v.38, n.7, p.1027-1036, 2008.

BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; MICK, E.; FARAONE, S. V.; WEBER, W.; CURTIS, S.; THORNELL, A.; PFISTER, K.; JETTON, J. G.; SORIANO, J. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.36, n.1, p.21-29, 1997.

BIRMAHER, B.; WILLIAMSON, D. E.; DAHL, R. E.; AXELSON, D. A.; KAUFMAN, J.; DORN, L. D.; RYAN, N. D. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.43, n.1, p.63-70, 2004.

BLADER, J. C.; CARLSON, G. A. Increased rates of Bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. **Biol Psychiatry**, v.62, n.2, p.107-114, 2007.

BOHANEK, J. G.; MARIN, K. A.; FIVUSH, R.; DUKE, M. P. Family narrative interaction and children's sense of self. **Fam Process**, v.45, n.1, p.39-54, 2006.

BOWLBY, J. Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. **Am J Psychoanal**, v.44, n.1, p.9-27, 29-31, 1984.

BOWLBY, J.; CABRAL, Á. **Apego e perda: apego: a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRANCALHONE, P. G.; FOGO, J. C.; WILLIAMS, L. C. A. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, n.2, p.113-117, 2004.

BRASIL, H. H. A. **Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version): estudo de suas propriedades psicométricas**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, São Paulo: 2003.

BREITENSTEIN, S. M.; HILL, C.; GROSS, D. Understanding disruptive behavior problems in preschool children. **J Pediatr Nurs**, v.24, n.1, p.3-12, 2009.

BROIDY, L. M.; NAGIN, D. S.; TREMBLAY, R. E.; BATES, J. E.; BRAME, B.; DODGE, K. A.; FERGUSON, D.; HORWOOD, J. L.; LOEBER, R.; LAIRD, R.; LYNAM, D. R.; MOFFITT, T. E.; PETTIT, G. S.; VITARO, F. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. **Dev Psychol**, v.39, n.2, p.222-245, 2003.

BROWER, M. C.; PRICE, B. H. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.71, n.6, p.720-6, 2001.

BUKA, S. L.; STICHICK, T. L.; BIRDTHISTLE, I.; EARLS, F. J. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. **Am J Orthopsychiatry**, v.71, n.3, p.298-310, 2001.

BURKE, K. C.; BURKE JR., J. D.; REGIER, D. A.; ERA, D. S. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. **Arch Gen Psychiatry**, v.47, n.6, p.511-518, 1990.

CABALLO, V. E.; GUILLÉN, J. L.; SALAZAR, I. C. Estilos, traços e transtornos da personalidade: inter-relações e diferenças associadas ao sexo. **Psico**, v.40, n.3, 2010.

CARLSON, G. A.; KASHANI, J. H. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. **Am J Psychiatry**, v.145, n.10, p.1222-1225, 1988.

CARLSON, G. A.; KELLY, K. L. Manic symptoms in psychiatrically hospitalized children--what do they mean? **J Affect Disord**, v.51, n.2, p.123-135, 1998.

CARLSON, G. A.; MEYER, S. E. Phenomenology and diagnosis of Bipolar disorder in children, adolescents, and adults: complexities and developmental issues. **Dev Psychopathol**, v.18, n.4, p.939-969, 2006.

CASPI, A.; McCLAY, J.; MOFFITT, T. E.; MILL, J.; MARTIN, J.; CRAIG, I. W.; TAYLOR, A.; POULTON, R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. **Science**, v.297, n.5582, p.851-854, 2002.

CASSIDY, F.; AHEARN, E. P.; CARROLL, B. J. Substance abuse in Bipolar disorder. **Bipolar Disord**, v.3, n.4, p.181-188, 2001.

CASTRO, E. K.; LEVANDOWSKI, D. C. Desenvolvimento emocional normal da criança e do adolescente. In: CASTRO, M. G. K.; STÜRMER, A. **Crianças e adolescentes em psicoterapia**. Porto Alegre: Artemed, 2009.

CAUFFMAN, E.; FELDMAN, S. S.; WATERMAN, J.; STEINER, H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.37, n.11, p.1209-1216, 1998.

CERNKOVICH, S. A.; GIORDANO, P. C. Stability and change in antisocial behavior: the transition from adolescence to early adulthood*. **Criminology**, v.39, n.2, p.371-410, 2001.

CHASSIN, L.; PITTS, S. C.; DELUCIA, C. The relation of adolescent substance use to young adult autonomy, positive activity involvement, and perceived competence. **Dev Psychopathol**, v.11, n.4, p.915-932, 1999.

CHORPITA, B. F.; ALBANO, A. M.; BARLOW, D. H. The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. **J Abnorm Psychol**, v.107, n.1, p.74-85, 1998.

CICCHETTI, D.; TOTH, S. L. The development of depression in children and adolescents. **Am Psychol**, v.53, n.2, p.221-241, 1998.

CLOITRE, M.; STOVALL-McCLOUGH, K. C.; MIRANDA, R.; CHEMTOB, C. M. Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. **J Consult Clin Psychol**, v.72, n.3, p.411-416, 2004.

COLE, P. M.; MARTIN, S. E.; DENNIS, T. A. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. **Child Dev**, v.75, n.2, p.317-333, 2004.

CONGDON, E.; LESCH, K. P.; CANLI, T. Analysis of DRD4 and DAT polymorphisms and behavioral inhibition in healthy adults: implications for impulsivity. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, v.147B, n.1, p.27-32, 2008.

COPELAND, W. E.; MILLER-JOHNSON, S.; KEELER, G.; ANGOLD, A.; COSTELLO, E. J. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. **Am J Psychiatry**, v.164, n.11, p.1668-1675, 2007.

COSTA, D. I.; AZAMBUJA, L. S.; PORTUGUEZ, M. W.; COSTA, J. C. Avaliação neuropsicológica da criança. **J Pediatr**, v.80, 2 Supl, Suppl, p.111-116, 2004.

COSTELLO, E. J. Developments in child psychiatric epidemiology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.28, n.6, p.836-841, 1989.

COSTELLO, E. J.; BURNS, B. J.; ANGOLD, A.; LEAF, P. J. How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.32, n.6, p.1106-1117, 1993.

COSTELLO, E. J.; FOLEY, D. L.; ANGOLD, A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.45, n.1, p.8-25, 2006.

CRITCHLEY, H. D.; SIMMONS, A.; DALY, E. M.; RUSSELL, A.; VAN AMELSVORT, T.; ROBERTSON, D. M.; GLOVER, A.; MURPHY, D. G. Prefrontal and medial temporal correlates of repetitive violence to self and others. **Biol Psychiatry**, v.47, n.10, p.928-934, 2000.

DAANE, D. M. Child and adolescent violence. **Orthop Nurs**, v.22, n.1, p.23-29, 2003.

DADDS, M. R.; PERRY, Y.; HAWES, D. J.; MERZ, S.; RIDDELL, A. C.; HAINES, D. J.; SOLAK, E.; ABEYGUNAWARDANE, A. I. Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. **Br J Psychiatry**, v.189, p.280-281, 2006.

D'AVILA-BACARJI, K. M. G.; MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. S. Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.1, p.107-115, 2005.

DE ALMEIDA FILHO, N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador-Bahia. **J Bras Psiquiatr**, v.31, n.4, p.225-236, 1982.

DE PINHO, S. R.; DUNNINGHAM, W.; aguiar, W. M.; ANDRADE FILHO, A. S.; GUIMARÃES, K.; ALMEIDA, T. R. P.; DUNNINGHAM, V. A.; GUIMARÃES, K. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. **J Bras Psiquiatr**, v.55, n.2, p.126-130, 2006.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; SOUZA, M. C. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2005.

DEMBO, R.; SCHMEIDLER, J.; CHILDS, K. Correlates of male and female juvenile offender abuse experiences. **J Child Sex Abus**, v.16, n.3, p.75-94, 2007.

DISNEY, E. R.; ELKINS, I. J.; MCGUE, M.; IACONO, W. G. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. **Am J Psychiatry**, v.156, n.10, p.1515-1521, 1999.

DODGE, K. A.; SOMBERG, D. R. Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. **Child Dev**, v.58, n.1, p.213-224, 1987.

DOLAN, M. C. What imaging tells us about violence in anti-social men. **Crim Behav Ment Health**, v.20, n.3, p.199-214, 2010.

DUARTE, C.; HOVEN, C.; BERGANZA, C.; BORDIN, I.; BIRD, H.; MIRANDA, C. T. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. **Int J Psychiatry Med**, v.33, n.3, p.203-222, 2003.

EINAT, T.; HERZOG, S. A New Perspective for Delinquency: Culture Conflict Measured by Seriousness Perceptions. **Int J Offender Ther Comp Criminol**, 2010.

ELKINS, I. J.; MCGUE, M.; IACONO, W. G. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. **Arch Gen Psychiatry**, v.64, n.10, p.1145-1152, 2007.

ELLICKSON, P. L.; MCGUIGAN, K. A. Early predictors of adolescent violence. **Am J Public Health**, v.90, n.4, p.566-572, 2000.

ENDRASS, J.; VETTER, S.; GAMMA, A.; GALLO, W. T.; ROSSEGGER, A.; URBANIOK, F.; ANGST, J. Are behavioral problems in childhood and adolescence associated with Bipolar disorder in early adulthood? **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v.257, n.4, p.217-221, 2007.

ESCOBAR, R.; SOUTULLO, C. A.; HERVAS, A.; GASTAMINZA, X.; POLAVIEJA, P.; GILABERTE, I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. **Pediatrics**, v.116, n.3, p.e364-e369, 2005.

EVANS, G. W.; KIM, P. Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status-health gradient. **Ann N Y Acad Sci**, v.1186, p.174-189, 2010.

EZPELETA, L.; DOMENECH, J. M.; ANGOLD, A. A comparison of pure and comorbid CD/ODD and depression. **J Child Psychol Psychiatry**, v.47, n.7, p.704-712, 2006.

FAHIE, C. M.; SYMONS, D. K. Executive functioning and theory of mind in children clinically referred for attention and behavior problems* 1. **J Appl Dev Psychol**, v.24, n.1, p.51-73, 2003.

FAIRCHILD, G.; VAN GOOZEN, S. H.; CALDER, A. J.; STOLLERY, S. J.; GOODYER, I. M. Deficits in facial expression recognition in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder. **J Child Psychol Psychiatry**, v.50, n.5, p.627-636, 2009.

FAIRCHILD, G.; VAN GOOZEN, S. H.; STOLLERY, S. J.; GOODYER, I. M. Fear conditioning and affective modulation of the startle reflex in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and healthy control subjects. **Biol Psychiatry**, v.63, n.3, p.279-85, 2008.

FARAONE, S. V. The scientific foundation for understanding attention-deficit/hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v.14, n.1, p.1-10, 2005.

FINDLING, R. L.; GRACIOUS, B. L.; McNAMARA, N. K.; YOUNGSTROM, E. A.; DEMETER, C. A.; BRANICKY, L. A.; CALABRESE, J. R. Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbidity in pediatric Bipolar I disorder. **Bipolar Disord**, v.3, n.4, p.202-210, 2001.

FLANNERY, D. J.; SINGER, M. I.; WESTER, K. Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.40, n.4, p.435-442, 2001.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **BMJ**, v.323, n.7313, p.599-600, 2001.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.43, n.6, p.727-734, 2004.

FLORY, K.; LYNAM, D. R. The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? **Clin Child Fam Psychol Rev**, v.6, n.1, p.1-16, 2003.

FORD, J. A. Substance Use, the Social Bond, and Delinquency*. **Sociological inquiry**, v.75, n.1, p.109-128, 2005.

FOWLER, P. J.; TOMPSETT, C. J.; BRACISZEWSKI, J. M.; JACQUES-TIURA, A. J.; BALTES, B. B. Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. **Dev Psychopathol**, v.21, n.1, p.227-259, 2009.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.7). (Originalmente publicado em 1904).

FU, I. L.; WANG, Y. P. Comparison of demographic and clinical characteristics between children and adolescents with major depressive disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, n.2, p.124-131, 2008.

GALLO, A. E. **Adolescentes autores de ato infracional**: perfil e intervenção. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

GARCIA, R. M. O uso da consulta terapêutica na clínica da tendência anti-social. **Nat Hum**, v.7, n.1, p.209-234, 2005.

GELHORN, H.; HARTMAN, C.; SAKAI, J.; MIKULICH-GILBERTSON, S.; STALLINGS, M.; YOUNG, S.; RHEE, S.; CORLEY, R.; HEWITT, J.; HOPFER, C.; CROWLEY, T. An item response theory analysis of DSM-IV conduct disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.48, n.1, p.42-50, 2009.

GELLER, B.; ZIMERMAN, B.; WILLIAMS, M.; DELBELLO, M. P.; BOLHOFNER, K.; CRANEY, J. L.; FRAZIER, J.; BERINGER, L.; NICKELSBURG, M. J. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent Bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v.12, n.1, p.11-25, 2002a.

GELLER, B.; ZIMERMAN, B.; WILLIAMS, M.; DELBELLO, M. P.; FRAZIER, J.; BERINGER, L. Phenomenology of prepubertal and early adolescent Bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v.12, n.1, p.3-9, 2002b.

GIORDANO, P. C.; CERNKOVICH, S. A.; RUDOLPH, J. L. Gender, Crime, and Desistance: Toward a Theory of Cognitive Transformation¹. **AJS**, v.107, n.4, p.990-1064, 2002.

GIUSTI, J. S.; SANUDO, A.; SCIVOLETTO, S. Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n.2, p.80-82, 2002.

GOLDMAN, L. S.; GENEL, M.; BEZMAN, R. J.; SLANETZ, P. J. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. **JAMA**, v.279, n.14, p.1100-1107, 1998.

GOLDSTEIN, B. I.; STROBER, M. A.; BIRMAHER, B.; AXELSON, D. A.; ESPOSITO-SMYTHERS, C.; GOLDSTEIN, T. R.; LEONARD, H.; HUNT, J.; GILL, M. K.; IYENGAR, S.; GRIMM, C.; YANG, M.; RYAN, N. D.; KELLER, M. B. Substance use disorders among adolescents with Bipolar spectrum disorders. **Bipolar Disord**, v.10, n.4, p.469-478, 2008.

GOMEZ-BELDARRAIN, M.; HARRIES, C.; GARCIA-MONCO, J. C.; BALLUS, E.; GRAFMAN, J. Patients with right frontal lesions are unable to assess and use advice to make predictive judgments. **J Cogn Neurosci**, v.16, n.1, p.74-89, 2004.

GOMIDE, P. I. C. A influência de filmes violentos em comportamento agressivo de crianças e adolescentes. **Psicol Reflex Crit**, v.13, n.1, p.127-141, 2000.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea, 2003. p.21-60.

GOODMAN, R.; FORD, T.; RICHARDS, H.; GATWARD, R.; MELTZER, H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. **J Child Psychol Psychiatry**, v.41, n.5, p.645-655, 2000.

GORMAN-SMITH, D.; HENRY, D. B.; TOLAN, P. H. Exposure to community violence and violence perpetration: the protective effects of family functioning. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v.33, n.3, p.439-449, 2004.

GORMAN-SMITH, D.; TOLAN, P. The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth. **Dev Psychopathol**, v.10, n.1, p.101-16, 1998.

GOULD, M. S.; WUNSCH-HITZIG, R.; DOHRENWEND, B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology. A critical review. **J Am Acad Child Psychiatry**, v.20, n.3, p.462-476, 1981.

GRISSE, T.; UNDERWOOD, L. A. **Screening and Assessing Mental Health and Substance Use Disorders Among Youth in the Juvenile Justice System: A Resource Guide for Practitioners**. Washington: US Department of Justice, 2004.

HAAPASALO, J.; TREMBLAY, R. E. Physically aggressive boys from ages 6 to 12: family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. **J Consult Clin Psychol**, v.62, n.5, p.1044-1052, 1994.

HACK, S. M. P. K. **Derivação e tendência anti-social no adolescente face ao divórcio parental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - UNISINOS, São Leopoldo, 2008.

HAMIL-LUKER, J.; LAND, K. C.; BLAU, J. Diverse trajectories of cocaine use through early adulthood among rebellious and socially conforming youth. **Soc Sci Res**, v.33, n.2, p.300-321, 2004.

HAWKINS, J. D.; FARRINGTON, D.; CATALANO, R. F. Reducing violence through the schools. In: ELLIOTT, D.S.; HAMBURG, B.A.; WILLIAMS, K.R. (Eds.). **Violence in American schools: a new perspective**. New York, NY: Cambridge University Press, 1998. p.188-216.

HAWKINS, J. D.; HERRENKOHL, T. I.; FARRINGTON, D. P.; BREWER, D.; CATALANO, R. F.; HARACHI, T. W.; COTHERN, L. Predictors of youth violence. **Bulletin**. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2000.

HAWKINS, J. D.; OESTERLE, S.; BROWN, E. C.; MONAHAN, K. C.; ABBOTT, R. D.; ARTHUR, M. W.; CATALANO, R. F. Sustained Decreases in Risk Exposure and Youth Problem Behaviors After Installation of the Communities That Care Prevention System in a Randomized Trial. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 2011.

HAWKINS, J. D.; WEIS, J. G. The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. **J Prim Prev**, v.6, n.2, p.73-97, 1985.

HEMPHILL, S. A.; KOTEVSKI, A.; HERRENKOHL, T. I.; TOUMBOUROU, J. W.; CARLIN, J. B.; CATALANO, R. F.; PATTON, G. C. Pubertal stage and the prevalence of violence and social/relational aggression. **Pediatrics**, v.126, n.2, p.e298-305, 2010.

HEMPHILL, S. A.; LITTLEFIELD, L. Child and family predictors of therapy outcome for children with behavioral and emotional problems. **Child Psychiatry Hum Dev**, v.36, n.3, p.329-349, 2006.

HENRICH, C. C.; BROOKMEYER, K. A.; SHAHAR, G. Weapon violence in adolescence: parent and school connectedness as protective factors. **J Adolesc Health**, v.37, n.4, p.306-12, 2005.

HENRY, D. B.; TOLAN, P. H.; GORMAN-SMITH, D. Longitudinal family and peer group effects on violence and nonviolent delinquency. **J Clin Child Psychol**, v.30, n.2, p.172-186, 2001.

HERKOV, M. J.; MYERS, W. C. MMPI profiles of depressed adolescents with and without conduct disorder. **J Clin Psychol**, v.52, n.6, p.705-710, 1996.

HERRENKOHL, T. I.; KOSTERMAN, R.; MASON, W. A.; HAWKINS, J. D.; McCARTY, C. A.; MCCAULEY, E. Effects of childhood conduct problems and family adversity on health, health behaviors, and service use in early adulthood: tests of developmental pathways involving adolescent risk taking and depression. **Dev Psychopathol**, v.22, n.3, p.655-665, 2010.

HERRENKOHL, T. I.; MAGUIN, E.; HILL, K. G.; HAWKINS, J. D.; ABBOTT, R. D.; CATALANO, R. F. Developmental risk factors for youth violence. **J Adolesc Health**, v.26, n.3, p.176-186, 2000.

HERSH, M. A.; HUSSONG, A. M. The association between observed parental emotion socialization and adolescent self-medication. **J Abnorm Child Psychol**, v.37, n.4, p.493-506, 2009.

HIRONO, N.; MEGA, M. S.; DINOVI, I. D.; MISHKIN, F.; CUMMINGS, J. L. Left frontotemporal hypoperfusion is associated with aggression in patients with dementia. **Arch Neurol**, v.57, n.6, p.861-866, 2000.

HORNER, B. R.; SCHEIBE, K. E. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.36, n.1, p.30-36, 1997.

HUGHES, C.; WHITE, A.; SHARPEN, J.; DUNN, J. Antisocial, angry, and unsympathetic: "hard-to-manage" preschoolers' peer problems and possible cognitive influences. **J Child Psychol Psychiatry**, v.41, n.2, p.169-179, 2000.

HUIZINGA, D.; LOEBER, R.; THORNBERRY, T. P. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities. **Public Health Rep**, v.108 Suppl 1, p.90-96, 1993.

HUSSONG, A. M.; CURRAN, P. J.; MOFFITT, T. E.; CASPI, A.; CARRIG, M. M. Substance abuse hinders desistance in young adults' antisocial behavior. **Dev Psychopathol**, v.16, n.4, p.1029-1046, 2004.

IACONO, W. G.; MALONE, S. M.; McGUE, M. Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: common and specific influences. **Annu Rev Clin Psychol**, v.4, p.325-348, 2008.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: resultados da amostra. Trabalho e rendimento. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2003.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Reducing risks for mental disorders**: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press, 1994.

JACQUES, S.; ZELAZO, P. D. The Flexible Item Selection Task (FIST): a measure of executive function in preschoolers. **Dev Neuropsychol**, v.20, n.3, p.573-591, 2001.

JAGERS, R. J.; SYDNOR, K.; MOUTTAPA, M.; FLAY, B. R. Protective factors associated with preadolescent violence: preliminary work on a cultural model. **Am J Community Psychol**, v.40, n.1-2, p.138-45, 2007.

JOHNSTON, L. D.; O'MALLEY, P. M.; BACHMAN, J. G.; SCHULENBERG, J. E. **Monitoring the Future**: National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2005. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2006.

JUHÁSZ, C.; BEHEN, M. E.; MUZIK, O.; CHUGANI, D. C.; CHUGANI, H. T. Bilateral medial prefrontal and temporal neocortical hypometabolism in children with epilepsy and aggression. **Epilepsia**, v.42, n.8, p.991-1001, Aug 2001.

KANDEL, D. B.; YAMAGUCHI, K. Developmental stages of involvement in substance use. In: OTT, P.; TARTER, R.; AMMERMAN, R. (Eds.). **Sourcebook on substance abuse**: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment. Boston: Allyn & Bacon, 1999. p.50-74.

KANN, L.; KINCHEN, S. A.; WILLIAMS, B. I.; ROSS, J. G.; LOWRY, R.; GRUNBAUM, J. A.; KOLBE, L. J.; STATE AND LOCAL YRBSS COODINATORS. YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEILLANCE SYSTEM. Youth risk behavior surveillance--United States, 1999. **MMWR CDC Surveill Summ**, v.49, n.5, p.1-32, 2000.

KERNBERG, P. F.; WEINER, A.; BARDENSTEIN, K. **Transtornos de personalidade em crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KESSLER, R. C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; MERIKANGAS, K. R.; WALTERS, E. E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v.62, n.6, p.593-602, 2005.

KESSLER, R. C.; FOSTER, C. L.; SAUNDERS, W. B.; STANG, P. E. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. **Am J Psychiatry**, v.152, n.7, p.1026-1032, 1995.

KESSLER, R. C.; McGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H. U.; KENDLER, K. S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, v.51, n.1, p.8-19, 1994.

KIEHL, K. A.; SMITH, A. M.; HARE, R. D.; MENDREK, A.; FORSTER, B. B.; BRINK, J.; LIDDLE, P. F. Limbic abnormalities in affective processing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging. **Biol Psychiatry**, v.50, n.9, p.677-684, 2001.

KIERKUS, C. A.; BAER, D. Social Control Explanation of the Relationship between Family Structure and Delinquent Behaviour. **Canadian J Criminology**, v.44, n.4, p.425-458, 2002.

KIM-COHEN, J.; CASPI, A.; TAYLOR, A.; WILLIAMS, B.; NEWCOMBE, R.; CRAIG, I. W.; MOFFITT, T. E. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. **Mol Psychiatry**, v.11, n.10, p.903-913, 2006.

KLEIN, D. N.; LEWINSOHN, P. M.; ROHDE, P.; SEELEY, J. R.; OLINO, T. M. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. **Psychol Med**, v.35, n.3, p.353-365, 2005.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KRUESI, M. J.; CASANOVA, M. F.; MANNHEIM, G.; JOHNSON-BILDER, A. Reduced temporal lobe volume in early onset conduct disorder. **Psychiatry Res**, v.132, n.1, p.1-11, 2004.

LAHEY, B. B.; LOEBER, R.; BURKE, J.; RATHOUZ, P. J.; MCBURNETT, K. Waxing and waning in concert: dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys. **J Abnorm Psychol**, v.111, n.4, p.556-567, 2002.

LAHEY, B. B.; VAN HULLE, C. A.; WALDMAN, I. D.; RODGERS, J. L.; D'ONOFRIO, B. M.; PEDLOW, S.; RATHOUZ, P.; KEENAN, K. Testing descriptive hypotheses regarding sex differences in the development of conduct problems and delinquency. **J Abnorm Child Psychol**, v.34, n.5, p.737-755, 2006.

LAMBERT, S. F.; IALONGO, N. S.; BOYD, R. C.; COOLEY, M. R. Risk factors for community violence exposure in adolescence. **Am J Community Psychol**, v.36, n.1-2, p.29-48, 2005.

LAST, C. G.; PERRIN, S.; HERSEN, M.; KAZDIN, A. E. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.31, n.6, p.1070-1076, 1992.

LAUB, J. H.; NAGIN, D. S.; SAMPSON, R. J. Trajectories of change in criminal offending: Good marriages and the desistance process. **Am Soc Rev**, v.63, p.225-238, 1998.

LAUB, J. H.; SAMPSON, R. J. Understanding desistance from crime. **Crime & Just**, v.28, p.1-69, 2001.

LEIBENLUFT, E.; RICH, B. A. Pediatric Bipolar disorder. **Annu Rev Clin Psychol**, v.4, p.163-187, 2008.

LIMA, D. Depressão e doença Bipolar na infância e adolescência. **J Pediatr**, v.80, n.2, p.11-20, 2004.

LIPMAN, E. L.; OFFORD, D. R.; BOYLE, M. H. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. **CMAJ**, v.151, n.4, p.431-437, 1994.

LITTLE, M.; STEINBERG, L. Psychosocial correlates of adolescent drug dealing in the inner city. **J Res Crime Delinq**, v.43, n.4, p.357, 2006.

LONARDO, R. A.; GIORDANO, P. C.; LONGMORE, M. A.; MANNING, W. D. Parents, friends, and romantic partners: Enmeshment in deviant networks and adolescent delinquency involvement. **J Youth Adolesc**, v.38, n.3, p.367-383, 2009.

LONEY, B. R.; FRICK, P. J.; CLEMENTS, C. B.; ELLIS, M. L.; KERLIN, K. Callous-unemotional traits, impulsivity, and emotional processing in adolescents with antisocial behavior problems. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v.32, n.1, p.66-80, 2003.

LORBER, M. F. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. **Psychol Bull**, v.130, n.4, p.531-552, 2004.

LOWRY, R.; COHEN, L. R.; MODZELESKI, W.; KANN, L.; COLLINS, J. L.; KOLBE, L. J. School violence, substance use, and availability of illegal drugs on school property among US high school students. **J Sch Health**, v.69, n.9, p.347-355, 1999.

LUBY, J. L.; MRAKOTSKY, C.; HEFFELFINGER, A.; BROWN, K.; SPITZNAGEL, E. Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: evidence for a melancholic depressive subtype in young children. **Am J Psychiatry**, v.161, n.11, p.1998-2004, 2004.

LYNCH, F.; MILLS, C.; DALY, I.; FITZPATRICK, C. Challenging times: prevalence of psychiatric disorders and suicidal behaviours in Irish adolescents. **J Adolesc**, v.29, n.4, p.555-573, 2006.

LYNCH, M.; CICCHETTI, D. An ecological-transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. **Dev Psychopathol**, v.10, n.2, p.235-257, 1998.

MacCOUN, R.; KILMER, B.; REUTER, P. Research on drugs-crime linkages: The next generation. In: BROUNSTEIN, H.; CROSSLAND, C. (Eds.). **Toward a drugs and crime research agenda for the 21st century**. Washington, D. C.: U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, 2003. p.65-95

MALHOTRA, S.; DAS, P. P. Understanding childhood depression. **Indian J Med Res**, v.125, n.2, p.115-128, 2007.

MANCINI, C.; VAN AMERINGEN, M.; OAKMAN, J. M.; FIGUEIREDO, D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. **Psychol Med**, v.29, n.3, p.515-525, 1999.

MANES, F.; SAHAKIAN, B.; CLARK, L.; ROGERS, R.; ANTOUN, N.; AITKEN, M.; ROBBINS, T. Decision-making processes following damage to the prefrontal cortex. **Brain**, v.125, n. Pt 3, p.624-639, 2002.

MARMORSTEIN, N.; IACONO, W.; MCGUE, M. Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. **Psychological medicine**, v.39, n. 01, p.149-155, 2009.

MARUNA, S.; LEBEL, T. P.; MITCHELL, N.; NAPLES, M. Pygmalion in the reintegration process: Desistance from crime through the looking glass. **Psychology, Crime & Law**, v.10, p.271-281, 2004.

MASON, W. A.; HITCHINGS, J. E.; MCMAHON, R. J.; SPOTH, R. L. A test of three alternative hypotheses regarding the effects of early delinquency on adolescent psychosocial functioning and substance involvement. **J Abnorm Child Psychol**, v.35, n.5, p.831-843, 2007.

MASON, W. A.; CONREY, F. R.; SMITH, E. R. Situating social influence processes: dynamic, multidirectional flows of influence within social networks. **Pers Soc Psychol Rev**, v.11, n.3, p.279-300, 2007.

MEICHENBAUM, D. **Understanding Resilience in Children and Adults:** Implications for prevention and interventions. Paper delivered to the Melissa Institute Ninth Annual Conference on Resilience, 2005.

MERIKANGAS, K. R.; ANGST, J.; RUTTER, M. The challenge of depressive disorders in adolescence. In: RUTTER, M. (Ed.). **Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention**. New York: Cambridge University Press, 1995. p.131-165.

MOFFITT, T. E. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. **Psychol Rev**, v.100, n.4, p.674-701, 1993.

MOFFITT, T. E. Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. **Child Dev**, v.61, n.3, p.893-910, 1990.

MOFFITT, T. E. Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: evidence from behavioral-genetic research. **Adv Genet**, v.55, p.41-104, 2005.

MOFFITT, T. E. Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior: Research review. In: CICCHETTI, D.; COHEN, D. J. (Eds.). **Developmental Psychopathology**. 2nd ed., NY: Wiley, 2006. v.3.

MOFFITT, T. E.; ARSENEAULT, L.; JAFFEE, S. R.; KIM-COHEN, J.; KOENEN, K. C.; ODGERS, C. L.; SLUTSKE, W. S.; VIDING, E. Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. **J Child Psychol Psychiatry**, v.49, n.1, p.3-33, 2008.

MOFFITT, T. E.; SILVA, P. A. Neuropsychological deficit and self-reported delinquency in an unselected birth cohort. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.27, n.2, p.233-240, 1988.

MOFFITT, T.; LYNAM JR., D. The neuropsychology of conduct disorder and delinquency: implications for understanding antisocial behavior. In: FOWLES, D. C.; SUTKER, P.; GOODMAN, S. H. **Progress in experimental personality & psychopathology research**. New York: Springer, 1994. p.233-262.

MORRISON, G. M.; ANTHONY, S.; STORINO, M. H.; CHENG, J. J.; FURLONG, M. J.; MORRISON, R. L. School expulsion as a process and an event: before and after effects on children at risk for school discipline. **New Dir Youth Dev**, v.92, p.45-71, 2001.

MULVEY, E. P. **Highlights From Pathways to Desistance: A Longitudinal Study of Serious Adolescent Offenders**. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US Department of Justice, 2011.

MULVEY, E. P.; STEINBERG, L.; PIQUERO, A. R.; BESANA, M.; FAGAN, J.; SCHUBERT, C.; CAUFFMAN, E. Trajectories of desistance and continuity in antisocial behavior following court adjudication among serious adolescent offenders. **Dev Psychopathol**, v.22, n.2, p.453-475, 2010.

MURPHY, D. L.; LI, Q.; ENGEL, S.; WICHEMS, C.; ANDREWS, A.; LESCH, K. P.; UHL, G. Genetic perspectives on the serotonin transporter. **Brain Res Bull**, v.56, n.5, p.487-494, 2001.

MYERS, M. G.; STEWART, D. G.; BROWN, S. A. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. **Am J Psychiatry**, v.155, n.4, p.479-485, 1998.

NEWMAN, A. **As idéias de DW Winnicott: um guia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

NIGG, J. T.; HUANG-POLLOCK, C. L. An early-onset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In: LAHEY, B. B.; MOFFITT, T. E.; CASPI, A. (Eds.). **Causes of conduct disorder and juvenile delinquency**. New York, NY, US: Guilford Press, 2003. p.227-253.

ODGERS, C. L.; CASPI, A.; BROADBENT, J. M.; DICKSON, N.; HANCOX, R. J.; HARRINGTON, H.; POULTON, R.; SEARS, M. R.; THOMSON, W. M.; MOFFITT, T. E. Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. **Arch Gen Psychiatry**, v.64, n.4, p.476-484, pr 2007.

ODGERS, C. L.; MOFFITT, T. E.; BROADBENT, J. M.; DICKSON, N.; HANCOX, R. J.; HARRINGTON, H.; POULTON, R.; SEARS, M. R.; THOMSON, W. M.; CASPI, A. Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. **Dev Psychopathol**, v.20, n.2, p.673-716, 2008.

OFFORD, D. R.; BOYLE, M. H.; SZATMARI, P.; RAE-GRANT, N. I.; LINKS, P. S.; CADMAN, D. T.; BYLES, J. A.; CRAWFORD, J. W.; BLUM, H. M.; BYRNE, C. et al. Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. **Arch Gen Psychiatry**, v.44, n.9, p.832-836, 1987.

OLDS, D. L.; ECKENRODE, J.; HENDERSON JR., C. R.; KITZMAN, H.; POWERS, J.; COLE, R.; SIDORA, K.; MORRIS, P.; PETTITT, L. M.; LUCKEY, D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. **JAMA**, v.278, n.8, p.637-643, 1997.

OLDS, D. L.; HENDERSON JR., C. R.; CHAMBERLIN, R.; TATELBAUM, R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. **Pediatrics**, v.78, n.1, p.65-78, 1986.

OLDS, D.; HENDERSON JR., C.R.; COLE, R.; ECKENRODE, J.; KITZMAN, H.; LUCKEY, D.; PETTITT, L.; SIDORA, K.; MORRIS, P.; POWERS, J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. **JAMA**, v.280, n.14, p.1238-1244, 1998.

OSOFSKY, J. D. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. **Clin Child Fam Psychol Rev**, v.6, n.3, p.161-170, 2003.

OSOFSKY, J. D.; THOMPSON, M. D. Adaptive and maladaptive parenting: perspectives on risk and protective factors. In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (Eds.). **Handbook of Early Childhood Intervention**. 2.ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

OUTEIRAL, J. Família e contemporaneidade. **J Psicanal**, v.40, n.42, jun. 2007.

PADOVANI, R. C.; WILLIAMS, L. C. A. Proposta de intervenção com adolescentes em conflito com a lei: um estudo de caso. **Interação em Psicologia**, v.9, n.1, 2005.

PARANÁ. Procuradoria Geral do Estado; SEDU – Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano; SERVIÇO AUTÔNOMO PARANÁCIDADE; SEPL – Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral; IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social; UFPR – Universidade Federal do Paraná. **Planos regionais de desenvolvimento estratégico para o estado do Paraná – PRDE**: cenário atual. Curitiba, SEDU, 2006.

PATRICK, C. J. Psychophysiological correlates of aggression and violence: an integrative review. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci**, v.363, n.1503, p.2543-2555, 2008.

PATTERSON, G. R. Developmental changes in antisocial behavior. In: PETERS, R. D.; McMAHON, R. J.; QUINSEY, V. L. (Eds.). **Aggression and violence throughout the life span**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992. p.52-82.

PEREIRA, I.; MESTRINER, M. L. **Liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade**: medidas de inclusão social voltadas a adolescentes autores de ato infracional. São Paulo: IEE/PUC-SP, 1999.

PINE, D. S. Pathophysiology of childhood anxiety disorders. **Biol Psychiatry**, v.46, n.11, p.1555-1566, 1999.

PORTES, A. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. **Annu Rev Sociol**, v.24, n.1, p.1-24, 1998.

PORTES, P. R.; ZADY, M. F.; DUNHAM, R. M. The effects of parents' assistance on middle school students' problem solving and achievement. **J Gen Psychol**, v.159, n.2, p.163-178, 1998.

PULAY, A. J.; DAWSON, D. A.; HASIN, D. S.; GOLDSTEIN, R. B.; RUAN, W. J.; PICKERING, R. P.; HUANG, B.; CHOU, S. P.; GRANT, B. F. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **J Clin Psychiatry**, v.69, n.1, p.12-22, 2008.

RAAIJMAKERS, M. A.; SMIDTS, D. P.; SERGEANT, J. A.; MAASSEN, G. H.; POSTHUMUS, J. A.; VAN ENGELAND, H.; MATTHYS, W. Executive functions in preschool children with aggressive behavior: impairments in inhibitory control. **J Abnorm Child Psychol**, v.36, n.7, p.1097-1107, 2008.

RAINE, A. O crime biológico: implicações para a sociedade e para o sistema de justiça criminal. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.30, n.1, p.5-8, 2008.

RAINE, A.; BUCHSBAUM, M. S.; STANLEY, J.; LOTTENBERG, S.; ABEL, L.; STODDARD, J. Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. **Biol Psychiatry**, v.36, n.6, p.365-373, 1994.

RAINE, A.; BUCHSBAUM, M.; LACASSE, L. Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. **Biol Psychiatry**, v.42, n.6, p.495-508, 1997.

RAINE, A.; ISHIKAWA, S. S.; ARCE, E.; LENCZ, T.; KNUTH, K. H.; BIHRLE, S.; LACASSE, L.; COLLETTI, P. Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. **Biol Psychiatry**, v.55, n.2, p.185-191, 2004.

RAINE, A.; MELOY, J. R.; BIHRLE, S.; STODDARD, J.; LACASSE, L.; BUCHSBAUM, M. S. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. **Behav Sci Law**, v.16, n.3, p.319-332, 1998.

RAINE, A.; MOFFITT, T. E.; CASPI, A.; LOEBER, R.; STOUTHAMER-LOEBER, M.; LYNAM, D. Neurocognitive impairments in boys on the life-course persistent antisocial path. **J Abnorm Psychol**, v.114, n.1, p.38-49, 2005.

RAINE, A.; YANG, Y. Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. **Soc Cogn Affect Neurosci**, v.1, n.3, p.203-213, 2006.

REEVES, J. C.; WERRY, J. S.; ELKIND, G. S.; ZAMETKIN, A. Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: II. Clinical characteristics. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.26, n.2, p.144-155, 1987.

REIF, A. Is NOS1 a genetic link between RLS and ADHD? **J Psychiatr Res**, v.44, n.1, p.60-61, 2010.

REMSCHMIDT, H. Global consensus on ADHD/HKD. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v.14, n.3, p.127-137, 2005.

RENFREW, J. W. **Aggression and its causes**: a biopsychosocial approach. Oxford University Press, 1997.

RETZ, W.; ROSLER, M. The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? **Int J Law Psychiatry**, v.32, n.4, p.235-243, 2009.

RHEE, S. H.; WALDMAN, I. D. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. **Psychol Bull**, v.128, n.3, p.490-529, 2002.

RIGAU-RATERA, E.; GARCIA-NONELL, C.; ARTIGAS-PALLARES, J. [The treatment of oppositional defiant disorder]. **Rev Neurol**, v.42 Suppl 2, p.S83-88, 2006a.

RIGAU-RATERA, E.; GARCÍA-NONELL, C.; ARTIGAS-PALLARES, J. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. **Rev Neurol**, v.42, n. Supl 2, p.S83-88, 2006b.

ROBERTS, R. E.; ATTKISSON, C. C.; ROSENBLATT, A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. **Am J Psychiatry**, v.155, n.6, p.715-725, 1998.

ROHDE, L. A.; BIEDERMAN, J.; BUSNELLO, E. A.; ZIMMERMANN, H.; SCHMITZ, M.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.38, n.6, p.716-722, 1999.

RÖSLER, M.; RETZ, W.; YAQOOBI, K.; BURG, E.; RETZ-JUNGINGER, P. Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v.259, n.2, p.98-105, 2009.

RUTTER, M. Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.28, n.5, p.633-653, 1989.

RUTTER, M. L. Psychosocial adversity and child psychopathology. **British J Psychiatry**, v.174, n.6, p.480-493, 1999.

SAFRA, G. O gesto da tradição. **Rev Bras Psicanál**, v.36, n.4, p.827-834, 2002.

SAMPSON, R. J.; LAUB, J. H. Life course desisters? trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70*. **Criminology**, v.41, n.3, p.555-592, 2003.

SCIVOLETTO, S.; DA SILVA, T. F.; ROSENHECK, R. A. Child psychiatry takes to the streets: a developmental partnership between a university institute and children and adolescents from the streets of Sao Paulo, Brazil. **Child Abuse Negl**, v.35, n.2, p.89-95, 2011.

SENN, T. E.; ESPY, K. A.; KAUFMANN, P. M. Using path analysis to understand executive function organization in preschool children. **Dev Neuropsychol**, v.26, n.1, p.445-464, 2004.

SHAFFER, D. Depressive disorders and suicide in children and adolescents. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (Eds.). **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005. v.2. p.3262-3274.

SHAW, D. S.; LACOURSE, E.; NAGIN, D. S. Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. **J Child Psychol Psychiatry**, v.46, n.9, p.931-942, 2005.

SIEVER, L. J. Neurobiology of aggression and violence. **Am J Psychiatry**, v.165, n.4, p.429-442, 2008.

SIEVER, L. J.; BUCHSBAUM, M. S.; NEW, A. S.; SPIEGEL-COHEN, J.; WEI, T.; HAZLETT, E. A.; SEVIN, E.; NUNN, M.; MITROPOULOU, V. d,l-fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with [18F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography. **Neuropsychopharmacology**, v.20, n.5, p.413-423, 1999.

SNYDER, J.; CRAMER, A.; AFRANK, J.; PATTERSON, G. R. The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. **Dev Psychol**, v.41, n.1, p.30-41, 2005.

SODERSTROM, H.; HULTIN, L.; TULLBERG, M.; WIKKELSO, C.; EKHOLM, S.; FORSMAN, A. Reduced frontotemporal perfusion in psychopathic personality. **Psychiatry Res**, v.114, n.2, p.81-94, 2002.

SODERSTROM, H.; TULLBERG, M.; WIKKELSO, C.; EKHOLM, S.; FORSMAN, A. Reduced regional cerebral blood flow in non-psychotic violent offenders. **Psychiatry Res**, v.98, n.1, p.29-41, 2000.

SPELTZ, M. L.; COY, K.; DEKLYEN, M.; SMITH, C.; JONES, K.; GREENBERG, M. T. Early-Onset Oppositional Defiant Disorder: What Factors Predict Its Course? **Semin Clin Neuropsychiatry**, v.3, n.4, p.302-319, 1998.

SPRINTHALL, N.; COLLINS, W. **Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista**. 3.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

STALLINGS, M. C.; CORLEY, R. P.; DENNEHEY, B.; HEWITT, J. K.; KRAUTER, K. S.; LESSEM, J. M.; MIKULICH-GILBERTSON, S. K.; RHEE, S. H.; SMOLEN, A.; YOUNG, S. E.; CROWLEY, T. J. A genome-wide search for quantitative trait Loci that influence antisocial drug dependence in adolescence. **Arch Gen Psychiatry**, v.62, n.9, p.1042-1051, 2005.

STEIN, M. B.; KEAN, Y. M. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. **Am J Psychiatry**, v.157, n.10, p.1606-1613, 2000.

STERZER, P.; STADLER, C.; KREBS, A.; KLEINSCHMIDT, A.; POUSTKA, F. Abnormal neural responses to emotional visual stimuli in adolescents with conduct disorder. **Biol Psychiatry**, v.57, n.1, p.7-15, 2005.

STERZER, P.; STADLER, C.; POUSTKA, F.; KLEINSCHMIDT, A. A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. **Neuroimage**, v.37, n.1, p.335-342, 2007.

SULLIVAN, C. J.; VEYSEY, B. M.; HAMILTON, Z. K.; GRILLO, M. Reducing out-of-community placement and recidivism: diversion of delinquent youth with mental health and substance use problems from the justice system. **Int J Offender Ther Comp Criminol**, v.51, n.5, p.555-577, 2007.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.2, p.150-158, 2001.

TEPLIN, L. A.; ABRAM, K. M.; McCLELLAND, G. M.; DULCAN, M. K.; MERICLE, A. A. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. **Arch Gen Psychiatry**, v.59, n.12, p.1133-1143, 2002.

THORNBERRY, T. P.; KROHN, M. D.; SMITH, C. A.; LIZOTTE, A. J.; PORTER, P. K. Causes and consequences of delinquency: Findings from the Rochester Youth Development Study. In: THORNBERRY, T. P.; KROHN, M. D. (Eds.). **Taking stock of delinquency: an overview of findings from contemporary longitudinal studies**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003. p.11-46.

THORNBERRY, T. P.; SMITH, C. A.; RIVERA, C.; HUIZINGA, D.; STOUTHAMER-LOEBER, M. Family disruption and delinquency. **Juvenile Justice Bulletin**. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1999.

TILLMAN, R.; GELLER, B.; KLAGES, T.; CORRIGAN, M.; BOLHOFNER, K.; ZIMMERMAN, B. Psychotic phenomena in 257 young children and adolescents with Bipolar I disorder: delusions and hallucinations (benign and pathological). **Bipolar Disord**, v.10, n.1, p.45-55, 2008.

TOLAN, P. H.; GORMAN-SMITH, D.; HENRY, D. B. The developmental ecology of urban males' youth violence. **Dev Psychol**, v.39, n.2, p.274-291, 2003.

TRAMONTINA, S.; MARTINS, S.; MICHALOWSKI, M. B.; KETZER, C. R.; EIZIRIK, M.; BIEDERMAN, J.; ROHDE, L. A. School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. **Can J Psychiatry**, v.46, n.10, p.941-947, 2001.

TREMBLAY, R. E.; NAGIN, D. S.; SÉGUIN, J. R.; ZOCCOLILLO, M.; ZELAZO, P. D.; BOIVIN, M.; PÉRUSSE, D.; JAPEL, C. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. **Pediatrics**, v.114, n.1, p.e43-50, 2004.

TREMBLAY, R. E.; PIHL, R. O.; VITARO, F.; DOBKIN, P. L. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. **Arch Gen Psychiatry**, v.51, n.9, p.732-739, 1994.

UGGEN, C.; MANZA, J. Voting and subsequent crime and arrest: Evidence from a community sample. **Colum Hum Rts L Rev**, v.36, p.193, 2004.

UGGEN, C.; MANZA, J.; BEHRENS, A. Less than the average citizen: Stigma, role transition, and the civic reintegration of convicted felons. In: MARUNA, S.; IMMARIGEON, R. (Eds.). **After crime and punishment: pathways to offender reintegration**. Devon, UK: Willan Publishing, 2004. p.261-293.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Mental Health: a report of the surgeon general**. Rockville, Md., U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 1999. Chapter 3: Children and Mental Health.

VAN AMERINGEN, M.; MANCINI, C.; FARVOLDEN, P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. **J Anxiety Disord**, v.17, n.5, p.561-571, 2003.

VAN GOOZEN, S. H.; COHEN-KETTENIS, P. T.; SNOEK, H.; MATTHYS, W.; SWAAB-BARNEVELD, H.; VAN ENGELAND, H. Executive functioning in children: a comparison of hospitalised ODD and ODD/ADHD children and normal controls. **J Child Psychol Psychiatry**, v.45, n.2, p.284-292, 2004.

VAN LIER, P. A.; VAN DER ENDE, J.; KOOT, H. M.; VERHULST, F. C. Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. **J Child Psychol Psychiatry**, v.48, n.6, p.601-608, 2007.

VAN LIER, P. A.; VITARO, F.; WANNER, B.; VUIJK, P.; CRIJNEN, A. A. Gender differences in developmental links among antisocial behavior, friends' antisocial behavior, and peer rejection in childhood: results from two cultures. **Child Dev**, v.76, n.4, p.841-855, 2005.

VEENSTRA, R.; LINDENBERG, S.; ZIJLSTRA, B. J.; DE WINTER, A. F.; VERHULST, F. C.; ORMEL, J. The dyadic nature of bullying and victimization: testing a dual-perspective theory. **Child Dev**, v.78, n.6, p.1843-1854, 2007.

VICENTE, B.; DE LA BARRA, F.; SALDIVIA, S.; KOHN, R.; RIOSECO, P.; MELIPILLAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 2011.

VILHENA, J.; MAIA, M. V. Agressividade e violência: reflexões acerca do comportamento anti-social e sua inscrição na cultura contemporânea. **Rev Mal-Estar Subj**, v.2, n.2, p.27-58, 2002.

VITOLO, Y. L.; FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R.; BORDIN, I. A. [Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren]. **Rev Saude Publica**, v.39, n.5, p.716-724, 2005.

VLOET, T. D.; KONRAD, K.; HERPERTZ, S. C.; MATTHIAS, K.; POLIER, G. G.; HERPERTZ-DAHLMANN, B. [Development of antisocial disorders--impact of the autonomic stress system]. **Fortschr Neurol Psychiatr**, v.78, n.3, p.131-138, 2010.

VOLAVKA, J.; BILDER, R.; NOLAN, K. Catecholamines and aggression: the role of COMT and MAO polymorphisms. **Ann N Y Acad Sci**, v.1036, p.393-398, 2004.

VOLKOW, N. D.; TANCREDI, L. R.; GRANT, C.; GILLESPIE, H.; VALENTINE, A.; MULLANI, N.; WANG, G. J.; HOLLISTER, L. Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: a preliminary study. **Psychiatry Res**, v.61, n.4, p.243-253, 1995.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2010**: anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.

WALTERS, G. D. The latent structure of life-course-persistent antisocial behavior: is Moffitt's developmental taxonomy a true taxonomy? **J Consult Clin Psychol**, v.79, n.1, p.96-105, 2011.

WASCHBUSCH, D. A. A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. **Psychol Bull**, v.128, n.1, p.118-150, 2002.

WASSERMAN, G. A.; JENSEN, P. S.; KO, S. J.; COCOZZA, J.; TRUPIN, E.; ANGOLD, A.; CAUFFMAN, E.; GRISIO, T. Mental health assessments in juvenile justice: report on the consensus conference. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.42, n.7, p.752-761, 2003a.

WASSERMAN, G. A.; KEENAN, K.; TREMBLAY, R. E.; COIE, J. D.; HERRENKOHL, T. I.; LOEBER, R.; PETECHUK, D. **Risk and protective factors of child delinquency**. US Dept. of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2003b.

WELLER, E. B.; WELLER, R. A.; FRISTAD, M. A. Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.34, n.6, p.709-714, 1995.

WERNER, E. E. Resilience research: past, present and future. In: PETERS, R. DeV.; LEADBEATER, B.; McMAHON, R.J. (Eds). **Resilience in children, families, and communities**: linking context to practice and policy. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2005. p.3-11.

WHITAKER, A.; JOHNSON, J.; SHAFFER, D.; RAPOPORT, J. L.; KALIKOW, K.; WALSH, B. T.; DAVIES, M.; BRAIMAN, S.; DOLINSKY, A. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. **Arch Gen Psychiatry**, v.47, n.5, p.487-496, 1990.

WHITTINGER, N. S.; LANGLEY, K.; FOWLER, T. A.; THOMAS, H. V.; THAPAR, A. Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.46, n.2, p.179-187, 2007.

WIDOM, C. S.; MAXFIELD, M. G. A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. **Ann N Y Acad Sci**, v.794, p.224-237, 1996.

WIESNER, M.; KIM, H. K.; CAPALDI, D. M. Developmental trajectories of offending: validation and prediction to young adult alcohol use, drug use, and depressive symptoms. **Dev Psychopathol**, v.17, n.1, p.251-270, 2005.

WILLCUTT, E. G.; DOYLE, A. E.; NIGG, J. T.; FARAONE, S. V.; PENNINGTON, B. F. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. **Biol Psychiatry**, v.57, n.11, p.1336-1346, 2005a.

WILLCUTT, E. G.; PENNINGTON, B. F.; OLSON, R. K.; CHHABILDAS, N.; HULSLANDER, J. Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: in search of the common deficit. **Dev Neuropsychol**, v.27, n.1, p.35-78, 2005b.

WILSON, J. J.; ROJAS, N.; HAAPANEN, R.; DUXBURY, E.; STEINER, H. Substance abuse and criminal recidivism: a prospective study of adolescents. **Child Psychiatry Hum Dev**, v.31, n.4, p.297-312, 2001.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. **O brincar ea realidade**, Rio de Janeiro: Imago, 1975. p.13-44.

WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Tradução de Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. Tradução de Álvaro Cabral. Martins Fontes São Paulo, 1999.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

YEHUDA, R.; HALLIGAN, S. L.; GROSSMAN, R. Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. **Dev Psychopathol**, v.13, n.3, p.733-753, 2001.

YOUNG, S. E.; CORLEY, R. P.; STALLINGS, M. C.; RHEE, S. H.; CROWLEY, T. J.; HEWITT, J. K. Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug Alcohol Depend*, v.68, n.3, p.309-322, 2002.

YOUNG, S. E.; STALLINGS, M. C.; CORLEY, R. P.; KRAUTER, K. S.; HEWITT, J. K. Genetic and environmental influences on behavioral disinhibition. **Am J Med Genet**, v.96, n.5, p.684-695, 2000.

ZAMETKIN, A. J.; ERNST, M. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. **N Engl J Med**, v.340, n.1, p.40-46, 1999.

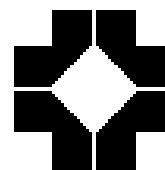
APÊNDICES

APÊNDICE 1

ANAMNESE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA
E DA ADOLESCÊNCIA – HC - CENEP
ANAMNESE



Data da avaliação Psiquiátrica _____ Prontuário _____ Processo _____

Médico Responsável: _____

Nome do Adolescente _____

Sexo: _____ Cor: branco () pardo () negro () amarelo () outros _____

Naturalidade _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Meses _____ Dias _____

Informante: _____

Pai: Nome _____ Idade _____

Profissão _____

Nível de Instrução _____ Situação trabalhista no último ano _____

Situação atual: (empregado/ desempregado)

Mãe: Nome _____ Idade _____

Profissão _____

Nível de Instrução _____ Situação trabalhista no último ano _____

Situação atual: (empregada/ desempregada)

Endereço: _____

Cep _____ Cidade _____ Estado _____

Telefones _____ Recado _____ Cel. _____

Nome da última escola _____

Série _____ Orientadora _____

Queixa e duração:

HMA:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

História do desenvolvimento

Gravidez

Duração: _____ meses _____ Dias _____

Pré-natal _____ Apgar: _____

Intercorrências: (A gravidez foi planejada? Relacionamento dos pais antes e durante a gravidez, aceitação da mãe, aceitação do pai/fez pré-natal, gravidez de risco/ uso de álcool, drogas, tabaco/viroses/ameaça ou tentativa de aborto/hiperemese/exposição aos agentes tóxicos/medicação usada/eventos estressores/estado patológico da mãe durante a gravidez): Doenças infecto contagiosa na mãe: sífilis, rubéola, toxoplasmose, HIV.

Parto:

Local _____

Assistido por: médico/ enfermeira/ parteira/outros.

Tipo: Normal/ Fórceps/ Cesárea. Motivo _____

Tipo de anestesia: _____ Pós-parto materno _____

Prematuridade: _____ meses Pós-maturidade: _____ meses

Condições do RN: Peso: _____ grs. Altura: _____ cm

(Cianose/ Hipotonia/ Toco traumatismo/ Reanimação) _____

Intercorrências no berçário: (Cianose/ Convulsões/ Icterícia/ Desequilíbrio metabólico/ incubadora. UTI Outros).

Desenvolvimento neuropsicomotor:

Primeiros dias de vida (alimentação, choro e sono) _____

Sucção _____ Reação aos estímulos visuais e auditivos _____ Tono muscular _____

Iniciou sorriso social _____ Controle cervical _____

Sentou sem apoio _____ Primeiros passos _____ Andou sem apoio _____

Primeiras palavras _____ Frases _____ Compreendeu ordens verbais simples _____

Iniciou relatos _____ Gagueira _____

Controlou esfíncteres: Vesical (D) _____ Vesical (N) _____ Anal _____

Vestiu-se sozinho _____ Vacinação: completa _____ Incompleta _____

Faz distinção entre direita e esquerda _____ Sono (agitado ou tranquilo) _____

Interação social no primeiro ano de vida _____

Aleitamento/ Desmame/ Sinais de apego/ Uso de chupeta/ Sucção do polegar.

Antecedentes patológicos: (Viroses da Infância/Convulsões/TCE/Cirurgias/Enurese/Encoprese/ internações, otite, amigdalite, renite, adenóide, cirurgias, desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação; infecções: meningoencefalites, sarampo, Intoxicações exógenas: remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio); acidentes: trânsito, afogamento, asfixia, quedas, etc.

Sensibilidade ou alergia a alguma medicação? Caso positivo Qual.

Tratamentos anteriores e medicações usadas: (Nome e dose da medicação) (sedativo, tranqüilizantes menores, neurolépticos, tranqüilizantes maiores, antidepressivos, psicoestimulantes, lítio, outros – especificar).

Antecedentes patológicos dos familiares: (quadros psiquiátricos e neurológicos, internações, medicações).

Uso de álcool, drogas nos familiares:

Caso de suicídio, homicídio:

Contaminação com HIV:

Existência de algum parente envolvido com a lei

Existência de algum caso parecido ao do adolescente na família:

Hábitos: (Hábitos alimentares (tipos de alimentos, frequência e quantidade), Hábitos de higiene, Outros hábitos inconvenientes).

Conduta pré-mórbida: (Nível de comunicação/ Reações às mudanças de rotina/ brincadeiras e brinquedos preferidos até que idade)

Escolaridade:

Início da pré-escola _____ Adaptação _____

Início da escola _____ Adaptação _____

Gosta de estudar _____

Dedicação aos estudos _____ Aproveitamento escolar _____

Nível escolar atual _____ Dificuldades específicas de aprendizado _____

Repetência _____ Causas: _____

Mudanças de escola _____

Conduta e disciplina na escola (relacionamento com professores e colegas, suspensões).

Dinâmica familiar: (Como é o relacionamento familiar/situação conjugal dos pais/personalidade e métodos educacionais do pai, da mãe – relacionamento com o paciente/períodos de afastamento – reação do paciente/posição do paciente entre os irmãos/relacionamento intrafamiliar):

Dinâmica social: (Tem amigos, quem são, onde conheceu, tempo de relacionamento, relacionamento com a vizinhança, atividade com os amigos. Percebe que se sensibiliza e compartilha com os sentimentos das pessoas (tristeza, alegria, braveza e etc.). Problemas: envolvimento com brigas, e ou alvo de gozação. Atividades sócio-culturais/práticas de esportes, grupos e organizações, lazer).

História pregressa de Abuso? Não _____ Sim _____

Físico Negligência Sexual Psicológico

Idade do paciente no abuso _____

Foi realizada notificação _____ data aproximada _____

A denuncia tinha fundamento _____ não tinha fundamento _____ não tem certeza _____

Grau de parentesco entre paciente e agressor _____

Atitude tomada? _____

Qual é o contato deste agressor com o paciente na atualidade? _____

Histórico de tratamento psiquiátrico

Idade	Período de tratamento	Sintomas e condições de tratamento	Local do tratamento

Exame psíquico:

(Impressão geral, Consciência, Orientação, Atenção, Memória, Linguagem, Pensamento, Ideação, Sensopercepção, Afetividade, Humor, Volição, Psicomotricidade, Inteligência, Juízo e Crítica)

Peso _____ kg Altura _____ cm

Sexualidade: Menarca _____ Ciclos menstruais: _____ Regulares _____

Irregulares _____ TPM _____

Espermarca _____ 1.^a relação sexual _____ Vida sexual ativa? _____

Uso de contraceptivo _____ Qual? _____

Gravidez _____ Abortamento _____ (espontâneo/ provocado).

Se o adolescente não está vivendo com os pais biológicos, obter informações sobre o paradeiro dos pais história de separação, visitação, moradia atual, história da institucionalização, etc.

Marque com quem o adolescente reside: mãe biológica () pai biológico () madrasta () padrasto () pais adotivos () irmãos () avós () outros parentes () não familiares () outros _____

Antecedentes familiares:

Nome dos irmãos	Idade	Série	Lateralidade

Árvore genealógica:

SÍMBOLOS: Masculino; feminino; gêmeos idênticos; gêmeos não idênticos; prematuro; natimorto; falecido; adotivo; epilepsia; psicopatologia (especificar); outras doenças (especificar); assinalar paciente.

Estudo familiar:

Tipo de moradia: _____ Relação de propriedade _____

N.º de cômodos _____ Região onde mora _____

Residem na habitação: _____

Renda familiar mensal: R\$ _____ Responsável (s) pelo sustento: _____

Precedência: _____

Eventuais mudanças e conseqüências: _____

Importantes eventos de vida: _____

Hábitos religiosos: _____

Lazer: _____

CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Para a classificação sócio-econômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério: ABIPEME. Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue.

Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz renda para a família do paciente.

a) Instrução do chefe da família	ABIPEME
Analfabeto; primário incompleto; (não completou a 4. ^a série do ensino fundamental).	0
Primário completo; ginásial incompleto (não completou a 8. ^a série do ensino fundamental)	5
Ginásial completo; colegial incompleto (não completou a 3. ^a série do ensino médio)	10
Colegial completo; superior incompleto (iniciou, mas não terminou faculdade).	15
Superior completo	21

Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo:

Itens de posse	Não tem	Quantidade possuída					
		1	2	3	4	5	6 e+
Automóvel	<input type="checkbox"/>	4	9	13	18	22	26
Televisor em cores	<input type="checkbox"/>	4	7	11	14	18	22
Banheiro	<input type="checkbox"/>	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/>	5	11	16	21	26	32
Rádio (excluindo o do carro)	<input type="checkbox"/>	2	3	5	6	8	9
Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/>	8	8	8	8	8	8
Vídeo cassete, DVD.	<input type="checkbox"/>	10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó	<input type="checkbox"/>	6	6	6	6	6	6
Geladeira comum ou com freezer	<input type="checkbox"/>	7	7	7	7	7	7

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

Classes	Critério ABIPEME
A -	89 e +
B -	59/88
C -	35/58
D -	20/34
E -	0/19

APÊNDICE 2
INFORMAÇÃO DOS DADOS

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()
 Cor: Branca () Negro () Parda () Amarela () Outra _____
 Grau de instrução: _____ Parou de estudar a _____ anos
 Trabalha em: _____ Trabalhou em: _____
 Nunca trabalhou ()
 Delito: _____
 Reincidente Sim () Não () N.º de vezes _____
 Tratamento psiquiátrico anterior: Sim () Não ()
 Tratamento neurológico anterior: Sim () Não ()
 Tratamento psicológico anterior: Sim () Não ()
 Reside com: Pais () Mãe () Pai () Padrasto () Madrasta () Outro _____
 Situação conjugal dos pais: Casados () Separados () Filho de mãe solteira ()
 Número de irmãos _____ Filhos dos mesmos pais: Sim () Não ()
 Grau de instrução: Pai _____ Mãe _____
 Profissão do pai: _____
 Profissão da mãe: _____
 Tratamento psiquiátrico:
 Mãe: () Sim () Não Diagnóstico: _____
 Medicação utilizada: _____
 Pai: () Sim () Não Diagnóstico: _____
 Medicação utilizada _____
 Tem algum caso parecido com o adolescente na família?
 Com problema com a lei () Sim Não () Quem? _____
 Classificação socioeconômica: A () B () C () D () E ()

II - DIAGNÓSTICO DO K-SADS

A _____
 B _____
 C _____
 D _____
 E _____
 F Não Pontuou ()

APÊNDICE 3**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E DE FUNÇÕES EXECUTIVAS EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

1. INVESTIGADOR: Gustavo Manoel Schier Dória

Função: Médico - CRM 9939 - Título de Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria: Psiquiatra da Infância e Adolescência.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 2.º SEMESTRE – ANO 2007 – CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.– HC – UFPR.

2. LOCAL DA PESQUISA: Vara de Adolescentes Infratores.

Rua: Pastor Manoel Virgínio de Souza, 1310 A.

CEP: 82810-400

Fone/Fax: 3366-3443

Você e seu filho estão sendo convidados (as) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde, agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

3. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa será realizada com adolescentes que cometeram algum delito e devido a este delito necessitou ser detido. Notadamente percebe-se o crescimento do número de jovens detidos na população, poucos estudos nesta área existem que apontem se estes jovens são acometidos de algum problema psiquiátrico ou psicológico. Estas alterações em certo grau podem justificar os delitos cometidos pelos adolescentes. Este estudo poderá nos ajudar a demonstrar a necessidade de diagnosticar e tratar alguns problemas ainda quando crianças, para prevenir para que quando cheguem na adolescência não venham a cometer um delito.

4. PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende investigar se existe algum problema psiquiátrico que possa justificar os delitos cometidos pelo adolescente.

5. SELEÇÃO

Participaram da pesquisa:

- adolescentes do sexo feminino e masculino que aceitem em participar da pesquisa.
- idade de 12 anos a 16 anos e 11 meses.
- há 15 dias sem usar drogas (álcool, maconha, crack, cocaína, inalantes e qualquer outra droga ilícita).
- que não apresentem nenhum problema de saúde física ou mental que os impeçam de participar das entrevistas e testes.

Não participaram da pesquisa:

- os adolescentes que no momento das entrevistas e testes psicológicos apresentem qualquer problema de saúde física ou mental que impeça de responder as perguntas.
- os adolescentes ou familiares que suas respostas não sejam confiáveis ou as informações dadas por eles não sejam suficientes para análises dos testes.

6. PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS

- Todas as entrevistas e os testes que você e seu filho serão submetidos, já são testes utilizados em várias outras pesquisas há muitos anos, nenhum procedimento experimental será utilizado.
- Você participará de uma entrevista com uma das estudantes do curso de medicina Maira Teixeira Doria, Karla Rocha Penteado ou a estudante de psicologia Ana Carolina Mainetti. Nesta entrevista serão feitas perguntas sobre o seu filho desde o seu nascimento até os dias de hoje, sobre problemas de saúde física ou emocional que ele apresentou em seu desenvolvimento. Também serão feitas algumas perguntas sobre problemas de saúde que existam na família, também perguntas sobre o relacionamento familiar.
- Tanto você como o seu filho participarão de uma entrevista que serve para saber se o adolescente apresenta alguma doença psiquiátrica. O nome desta entrevista diagnóstica se chama K-SADS, Esta entrevista foi desenvolvida nos Estados Unidos e adaptada para também ser usada no Brasil. Esta entrevista médica será realizada por um dos psiquiatras: Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, Dr. Maurício Nasser Elke e Dr. Eduardo Dutra Andreo, É com um destes 3 médicos que você e o seu filho conversarão, por um período de duração ao redor de 2 horas e meia, cada um separadamente.
- O seu filho participará de Testes psicológicos, que serão feitos pela Psicóloga Daniele Fajardo Nascimento ou pelo estudante de psicologia Marcos Vinicius Loyola.

OS TESTES PSICOLÓGICOS – têm como finalidade avaliar o comportamento, a inteligência, a capacidade de planejamento, conhecimentos de escrita, de leitura e de matemática, memória, capacidade de atenção, concentração e para identificar as práticas educativas e outros aspectos de interação familiar. A duração desta avaliação é de aproximadamente 4 horas.

Nenhum dos procedimentos utilizados trarão riscos ou desconforto ao examinado.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: conhecimento se seu filho apresenta algum problema psiquiátrico ou psicológico. Caso algum problema seja verificado através das entrevistas e dos testes psicológicos, tanto você como seu filho, serão comunicados após o término da análise dos resultados e caso exista algum problema serão encaminhados para acompanhamento ambulatorial no Hospital de Clínicas, no CENEP (CENTRO DE NEUROPEDIATRIA – Rua Floriano Enselfed, 81 – Alto da Glória) em um ambulatório próprio para atender os adolescentes provenientes da pesquisa, gratuitamente – nas segundas-feiras – das 800 às 10:30 hs. Será fornecido laudo mediante autorização do juiz e ou solicitação profissional.

7. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar do estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

8. CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos, no estudo. Gastos com passagens de ônibus para vinda dos familiares para as entrevistas serão pagos pelo pesquisador.

9. PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

10. PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O investigador responsável pelo estudo e equipe irá coletar informações sobre o adolescente. Em todos esses registros um código substituirá o nome do adolescente. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém a identidade do adolescente não será revelada em qualquer circunstância. Você tem direito de acesso aos dados. Você pode discutir esta questão mais adiante com o médico do estudo.

11. CONTATO PARA PERGUNTAS

Se você ou seus parentes tiver(em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua equipe (CENEP – CENTRO DE NEUROPEDIATRIA- FONE:33625351 ou 32620808). Se você tiver dúvidas sobre os direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: 3360-1896. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Curitiba, de de 2008 .

_____ NOME DO ADOLESCENTE	_____ ASSINATURA
_____ NOME DO RESPONSÁVEL	_____ ASSINATURA
GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA _____ NOME DO INVESTIGADOR	_____ ASSINATURA

APÊNDICE 4
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PESQUISA
AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E DE FUNÇÕES
EXECUTIVAS EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

1. INVESTIGADOR: Gustavo Manoel Schier Dória

Função: Médico - CRM 9939 - Título de Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria: Psiquiatra da Infância e Adolescência.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 2.º SEMESTRE – ANO 2007 – CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.– HC – UFPR.

2. LOCAL DA PESQUISA: Vara de Adolescentes Infratores.

Rua: Pastor Manoel Virgínio de Souza, 1310 A.
CEP: 82810-400
Fone/Fax: 3366-3443

Você e seus pais ou responsável legal estão sendo convidados (as) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde, agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

3. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa será realizada com adolescentes que cometeram algum delito e devido a este delito necessitou ser detido. Notadamente percebe-se o crescimento do número de jovens detidos na população, poucos estudos nesta área existem que apontem se estes jovens são acometidos de algum problema psiquiátrico ou psicológico. Estas alterações em certo grau podem justificar os delitos cometidos pelos adolescentes. Este estudo poderá nos ajudar a demonstrar a necessidade de diagnosticar e tratar alguns problemas ainda quando crianças, para prevenir para que quando cheguem na adolescência não venham a cometer um delito.

4. PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende investigar se existe algum problema psiquiátrico que possa justificar os delitos cometidos pelo adolescente.

5. SELEÇÃO

Participaram da pesquisa:

- adolescentes do sexo feminino e masculino que aceitem em participar da pesquisa.
- idade de 12 anos a 16 anos e 11 meses.
- há 15 dias sem usar drogas (álcool, maconha, crack, cocaína, inalantes e qualquer outra droga).
- que não apresentem nenhum problema de saúde física ou mental que os impeçam de participar das entrevistas e testes.

Não participaram da pesquisa:

- os adolescentes que no momento das entrevistas e testes psicológicos apresentem qualquer problema de saúde física ou mental que impeça de responder as perguntas.
- os adolescentes ou familiares que suas respostas não sejam confiáveis ou as informações dadas por eles não sejam suficientes para análises dos testes.

6. PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS

- Todas as entrevistas e os testes que você e seus pais ou responsáveis participarem, já são testes utilizados em várias outras pesquisas há muitos anos, nenhum procedimento experimental será utilizado.
- Os seus pais participarão de uma entrevista com uma das estudantes do curso de medicina Maira Teixeira Doria, Karla Rocha Penteado ou a estudante de psicologia Ana Carolina Mainetti. Nesta entrevista serão feitas perguntas sobre você, desde o seu nascimento até os dias de hoje, sobre problemas de saúde física ou emocional que você possa ter apresentado em seu desenvolvimento. Também serão feitas algumas perguntas sobre problemas de saúde que existam na sua família, também perguntas sobre o relacionamento familiar.
- Tanto os seus responsáveis, como você participarão de uma entrevista que serve para saber se você apresenta alguma doença psiquiátrica. O nome desta entrevista diagnóstica se chama K-SADS, Esta entrevista foi desenvolvida nos Estados Unidos e adaptada para também ser usada no Brasil. Esta entrevista médica será realizada por um dos psiquiatras: Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, Dr. Maurício Nasser Elke ou Dr. Eduardo Dutra Andreo, É com um destes 3 médicos que seus familiares e você conversarão separadamente, por um período de duração ao redor de 2 horas e meia, com cada um de vocês.
- Você participará de Testes psicológicos, que serão feitos pela Psicóloga Daniele Fajardo Nascimento ou pelo estudante de psicologia Marcos Vinicius Loyola.

OS TESTES PSICOLÓGICOS – têm como finalidade avaliar o comportamento, a inteligência, a capacidade de planejamento, conhecimentos de escrita, de leitura e de matemática, memória, capacidade de atenção, concentração e para identificar as práticas educativas e outros aspectos de interação familiar. A duração desta avaliação é de aproximadamente 4 horas.

Nenhum dos procedimentos utilizados trarão riscos ou desconforto ao examinado.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: conhecimento se você apresenta algum problema psiquiátrico ou psicológico. Caso algum problema seja verificado através das entrevistas e dos testes psicológicos, tanto você como seus familiares serão comunicados após o término da análise dos resultados. Caso exista algum problema vocês poderão ser encaminhados para acompanhamento ambulatorial no Hospital de Clínicas, no CENEP (CENTRO DE NEUROPEDIATRIA – Rua Floriano Enselfed, 81 – Alto da Glória) em um ambulatório próprio para atender os adolescentes provenientes da pesquisa, gratuitamente – nas segundas-feiras – das 800 às 10:30 hs. Também poderá ser fornecido

relatório desta avaliação, para outros profissionais de saúde que venham atender você em outra instituição. Será fornecido laudo mediante autorização do juiz e ou solicitação profissional.

7. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar do estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

8. CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos, no estudo. Gastos com passagens de ônibus para vinda dos familiares para as entrevistas serão pagos pelo pesquisador.

9. PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

10. PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O investigador responsável pelo estudo e equipe irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá o seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém a sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. Você e seus familiares tem direito de acesso aos dados. Você pode discutir esta questão mais adiante com o médico do estudo.

11. CONTATO PARA PERGUNTAS

Se você ou seus parentes tiver(em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua equipe (CENEP – CENTRO DE NEUROPEDIATRIA- FONE:33625351 ou 32620808). Se você tiver dúvidas sobre os direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: 3360-1896. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Curitiba, de de 2008 .

NOME DO ADOLESCENTE

ASSINATURA

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA

NOME DO INVESTIGADOR

ASSINATURA

APÊNDICE 5
ARTIGO PARA SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO EM REVISTA CIENTÍFICA

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Doria, G.M.S., Antoniuk, S.A. e Assumpção Jr., F.B.

RESUMO

Objetivo: descrever a prevalência de transtornos psiquiátricos, pelo DSM-IV, em uma população de adolescentes em conflito com a lei. **Método:** um estudo observacional, analítico, transversal e prospectivo da avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a lei. Utilizou-se a Entrevista Diagnóstica Kiddie-Sads referente ao momento presente e ao histórico de vida (K-SADS-PL), a Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, com 69 adolescentes do sexo masculino, brancos, afrodescendentes, pardos e amarelos, com idades de 12 a 16 anos e 11 meses. Foram selecionados, de forma aleatória, adolescentes que estavam cumprindo medida socioeducativa, em regime de internamento, de 45 dias na Vara de Adolescentes Infratores, na cidade de Curitiba, no Estado do Paraná, no Brasil. **Resultados:** O perfil do adolescente da pesquisa foi de uma idade média de 15,5 anos, pertencente às classes sociais menos favorecidas (87,0%). Os adolescentes viviam em bairros da periferia de Curitiba ou municípios da região metropolitana, locais reconhecidos pelos altos índices de violência. A baixa escolaridade foi a regra: 82,5% não haviam terminado o ensino médio, sendo que 43,4% não terminaram a 5ª série e 73,9% não estavam frequentando a escola. Os adolescentes são filhos de mães solteiras e pais separados em sua maioria, com pais com baixa escolaridade e com transtornos psiquiátricos. Também tinham parentes de primeiro grau envolvidos com problemas com a lei em uma incidência significativa. Estudos populacionais de transtornos psiquiátricos na população de crianças e adolescentes tendem a apontar uma incidência entre 12 e 20%. Os resultados obtidos na população dos adolescentes em conflito com a lei foram de uma substancial prevalência de transtornos psiquiátricos (81%). O transtorno mais prevalente foi o Transtorno de Conduta (60,3%), seguido do Abuso de Substâncias (53,6%), Transtorno de Déficit de Atenção-Hiperatividade (43,5%), Transtorno de Ansiedade (25%), Transtorno de Humor (16%), Enurese Noturna (3%) e Transtorno de Tourette (1,4%). Também verificou-se que esses jovens apresentavam comorbidades psiquiátricas, 17% com dois transtornos psiquiátricos, 26% com três transtornos, 14% com quatro e 2% com cinco transtornos. **Conclusão:** estes resultados sugerem uma substancial morbidade psiquiátrica entre os jovens detidos. Sem cuidados adequados na área da saúde mental, uma grande parte desses jovens se tornará uma população adulta problemática, gerando sérios prejuízos individuais, familiares e sociais.

Palavras-chave: Adolescente em conflito com a lei. Avaliação de riscos. Transtornos psiquiátricos. Fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: to describe the prevalence of psychiatric disorders, of DSM-IV, in the population of adolescents in conflict with the law. **Method:** an observational, analytical, prospective cross-sectional evaluation of psychiatric, in adolescents in conflict with the law. To establish the diagnosis, was used the Kiddie-Sads Diagnostic Interview referent to the Present and the Lifetime (K-SADS-PL) was employed, as well as the Brazilian version for the *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* for kids from 6 to 18 years old, in interviews with 69 male teenagers, both white, African-Brazilian, mulatto and Oriental-Brazilian, with ages ranging from 12 to 16 years and 11 months. We randomly selected teenagers who were on socio-educational reclusion, for 45 days each, in the Teenage Misdemeanors Court, in the city of Curitiba, Paraná State, Brazil. **Results:** the profile of the researched adolescents revealed an average age of 15.5 years and that they belonged to the less favored strata of the society (87%). The teenagers lived in the outskirts of the city or in small towns in the metropolitan region, places known for their high violence rates. Few years of school were the rule, with 82.5% not having finished high school, of which 43.4% had not a full 5th grade and 73.9% not being at school at all. The teenagers in their majority are the sons of single mothers and separated parents, with parents with low schooling and a history of psychiatric disorders. They also had a significant number of first degree relatives involved in problems with the law. With the K-SADS-PL tool we tried to evaluate the prevalence of psychiatric disorders in the last six months (to the present moment). Demographic studies of psychiatric disorders in the population of children and adolescents point to something between 12 and 20%. The results obtained in the population of adolescents in conflict with the law revealed a meaningful prevalence of psychiatric disorders (81%). The most prevalent disorder was Conduct Disorder (60.3%), followed by Substance Abuse (53.6%), Attention Deficit Disorder/Hyperactivity (43.5%), Anxiety Disorder (25%), Mood Disorder (16%), nocturnal enuresis (3%) and Tourette's Disorder (1.4%). We found also that these kids showed psychiatric comorbidities: 17% with two psychiatric disorders, 26% with three, 14% with four and 2% with five disorders. **Conclusions:** these results suggest a meaningful psychiatric morbidity among the young detained. With no adequate mental health care, most of these kids will become a problematic adult population, with grave damages to the individuals, the families, and the society.

Keyword: Adolescent in conflict with the law. Risk assessment. Psychiatric disorders. Risk factors.

O adolescente em conflito com a lei é um problema de saúde e também uma questão social relevante na atualidade, tanto no Brasil como em países desenvolvidos, causando graves problemas na esfera pública, familiar e individual. A problemática resultante das questões pertinentes ao adolescente em conflito com a lei é responsável por morbidades e mortalidade entre os jovens tanto no Brasil, um país em desenvolvimento, como em países desenvolvidos, resultando em significativos prejuízos para a sociedade (nos âmbitos individuais e sociais).

A preocupação no tocante à saúde pública diante dos problemas que apresentam estes jovens torna-se de grande impacto, principalmente quando se delinea o futuro destes jovens, pois os que sobrevivem a essa condição serão adultos com problemas em sua maior parte e terão filhos que provavelmente serão criados em condições mais desfavoráveis. A falta de serviços de excelência e de profissionais capacitados para o atendimento dessa população indica que esse problema está longe de ser resolvido.

Apesar da grande precariedade das informações disponíveis no Brasil, as fontes são coincidentes em afirmar que, embora esteja se estancando o íngreme crescimento da violência homicida, os índices permanecem ainda extremamente elevados. É verificado que essa violência continua a ter como principal ator e vítima a juventude. É nessa faixa etária, a dos jovens, que duas em cada três mortes se originam da violência, seja ela por homicídio, suicídio ou acidente de transporte (WAISELFISZ, 2010).

Ao estudar o adolescente em conflito com a lei, os fatores de risco e de proteção são temas de fundamental importância, no que concerne tanto aos aspectos individuais como aos sociais. Entre os fatores individuais de proteção importantes são o temperamento positivo da criança e um bom desempenho intelectual, e entre os fatores sociais viver em um ambiente acolhedor, com poucos conflitos e regras claras. Já entre os fatores de risco individuais, encontram-se ser do sexo masculino, ter problemas com autoestima, dificuldades escolares e baixo rendimento escolar. Os fatores de risco sociais são psicopatologias familiares, violência familiar, residir em áreas urbanas, soma-se a pobreza, estar exposto a violência em casa, na rua e na escola e a exposição ao álcool e às drogas, reconhecidos fatores nocivos à saúde mental (HAWKINS; FARRINGTON, 1998; BUKA *et al.*, 2001; TOLAN; GORMAN-

SMITH; HENRY, 2003; WASSERMAN *et al.*, 2003b; LAMBERT *et al.*, 2005; HAWKINS *et al.*, 2011).

O consumo de drogas é um dos fatores que de forma considerável está associado ao problema do adolescente em conflito com a lei; mesmo não sendo a principal causa de envolvimento em atividades ilegais, pode colocar em risco de comportamento delinquente. Muitas vezes está vinculado ao transtorno de conduta e ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (MULVEY *et al.*, 2010). Trabalhos preventivos podem evitar que as crianças e os adolescentes venham a usar drogas e se tornem usuários, bem como reduzir os níveis globais de uso de drogas na escola, que por si só pode reduzir o risco de violência (DAANE, 2003).

A relação dos genes, do cérebro e o ambiente têm sido cada vez mais relacionados no desenvolvimento do comportamento violento. As interações do ambiente social, com fatores genéticos e biológicos aumentam o risco de uma forma exponencial. As complicações ao nascimento (incluindo anoxia neonatal, que causa lesão particularmente no hipocampo) interagindo com ambientes familiares negativos (por exemplo, rejeição materna precoce) predis põem à infração violenta na vida adulta. Também há evidências replicadas de que uma anormalidade no gene da MAO-A interage com maus tratos na infância para predispor ao comportamento antissocial (CASPI *et al.*, 2002).

Estudos populacionais para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na população de crianças e adolescentes apontam prevalências em torno de 10 a 20%. No Brasil um dos mais importantes populacionais apontou uma prevalência de 12,7% entre crianças e adolescentes (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Quando se estuda o adolescente em conflito com a lei, pesquisas apontam taxas de transtornos psiquiátricos em torno de 66,3% no sexo masculino, variando de 64,6% em afrodescendentes até 82,% em brancos. Os transtornos mais prevalentes foram o transtorno de conduta, o transtorno de abuso de substâncias, o transtornos de ansiedade e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TEPLIN *et al.*, 2002).

Os adolescentes em conflito com a lei apresentam certas características como a violação persistente de normas e regras sociais, início precoce de comportamento agressivo, envolvimento em brigas, ausência de sentimento de culpa, rejeição por parte de professores e colegas, baixo rendimento e fracasso escolar e evasão escolar (MEICHENBAUM, 2005;).

Em programas de prevenção para o desenvolvimento de comportamentos delinquentes, devem-se focalizar as crianças que apresentam sintomas de hiperatividade e problemas de conduta, com fracassos escolares e faltas sucessivas à escola, que vivem em lugares pobres, com disponibilidade de drogas na vizinhança, com relacionamentos familiares insatisfatórios, que se associam a colegas agressivos (ELKINS; MCGUE; IACONO, 2007; HERRENKOHL *et al.*, 2010).

OBJETIVO

- Verificar a prevalência de transtornos psiquiátricos em uma população de adolescentes em conflito com a lei.
- Verificar o perfil socioeconômico do adolescente em conflito com a lei: classe social, racial, onde residem, perfil familiar, perfil escolar.

MATERIAL UTILIZADO

1. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA – levantou-se o problema principal do adolescente, seu início e como se desenvolveu até aquele momento. A entrevista consta de: 1. Antecedentes Pessoais: gravidez e intercorrências, parto, desenvolvimento neuropsicomotor e antecedentes patológicos. 2. Hábitos. 3. Conduta Pré-Mórbida. 4. Escolaridade. 5. Sexualidade. 6. Árvore Genealógica. 7. Antecedentes Familiares. 8. Estudo Familiar. 9. Exame Psíquico. 10. Questionário da Abipeme (classificação socioeconômica).

2. K-SADS- PL – Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Este instrumento foi adaptado da K-SADS-P (Versão de Episódio Presente) pela Dr.^a Kaufman e colaboradores em outubro de 1996 e traduzido para o português em junho de 2003, pela Dr.^a Heloisa Helena Brasil. Instrumento reconhecido e utilizado por pesquisadores em vários países, para pesquisas na área da Psiquiatria da Infância e Adolescência.

MÉTODOS

Caracterização do local onde foi realizado o estudo:

A pesquisa recebeu total apoio da juíza responsável da Vara de Adolescentes Infratores, onde aconteceu toda a investigação. O local reúne quatro instituições (Delegacia do Adolescente, Centro de Sócio-Educação – CENSE – Curitiba, no Estado do Paraná, no Brasil. Na pesquisa somente foram avaliados adolescentes de Curitiba e região metropolitana, que cumpriam medida de internamento de 45 dias ou que estavam esperando julgamento para o prolongamento da internação, que ocorreria em outro local.

Na análise inicial de dados fornecidos pela Vara de Adolescentes Infratores no período de janeiro de 2006 até maio de 2007, foram encaminhados até aquele local 2.810 adolescentes, destes 547 (19,47%) do sexo feminino e 2.263 (80,53%) do sexo masculino, com as idades variando entre 12 e 18 anos, ficando a maior porcentagem concentradas nas idades de 14 a 17 anos em ambos os sexos. Os delitos mais comuns foram: roubo, furto, lesão corporal, ameaça, mandado de busca e apreensão, porte de entorpecente, danos, porte de arma, desacato e pichação. Dos 2810 adolescentes, 97,58% tem família. Reincidentes, 17,18% do sexo feminino e 36,06% do sexo masculino, ficando os primários a maior porcentagem. Frequentando escola somente 59%. Apenas 3% vieram de outros municípios, sendo 97% residentes em Curitiba.

Estratégia Geral

Os adolescentes e seus familiares que participaram da pesquisa foram recrutados nos dias de visita. De forma aleatória, selecionou-se os adolescentes que haviam entrado nos últimos 15 dias, para que nos próximos 30 dias de internamento a pesquisa ocorresse. Em grupo, os pais participavam de uma explicação sobre a pesquisa, com o pesquisador. No caso de aceite, os pais assinaram o termo de consentimento, para que se desse início à pesquisa.

De benefícios os adolescentes e seus familiares receberam os resultados das avaliações psiquiátricas. Posteriormente, foram orientados e encaminhados para os tratamentos, quando necessários, sendo oferecido o atendimento no Ambulatório de

Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei, criado pelos pesquisadores, inicialmente para o atendimento dos adolescentes que participaram da pesquisa. O ambulatório tem seu funcionamento no Centro de Neuropediatria (CENEP) – Hospital das Clínicas (HC) – Universidade Federal do Paraná (UFPR). As devolutivas dos resultados da pesquisa ocorreram tanto na Vara de Adolescentes como no CENEP, algumas vezes somente para o responsável legal e outras vezes com a presença do adolescente, quando não estavam mais cumprindo a medida socioeducativa de internamento.

Informações recebidas antes do início da pesquisa, dados fornecidos pela Vara de adolescentes infratores. Os grupos vulneráveis, que se encontravam na situação em conflito com a lei, eram moradores, em sua grande maioria, da capital, bairros principalmente da periferia de Curitiba. Com baixo grau de instrução, aproximadamente 50% assume ter feito uso de drogas (maconha, tabaco, crack, álcool e solvente). Aproximadamente 32% moram com os pais biológicos e 27% os pais são separados e o adolescente mora com um deles.

Procedimentos

Esta pesquisa recebeu seu registro na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos (HC-UFPR) e recebeu o apoio do Poder Judiciário do Estado do Paraná, da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba e da Vara de Adolescentes Infratores.

Adolescentes de 12 a 16 anos e 11 meses foram selecionados aleatoriamente e inicialmente seus responsáveis legais foram convidados à participar da pesquisa. Foi assegurado para o adolescente, assim como para seus familiares, que a participação na pesquisa não iria interferir nas decisões judiciais, pois as informações obtidas seriam de caráter confidencial. Os pesquisadores asseguraram o caráter anônimo dos adolescentes e a manutenção das identidades protegidas. As fichas clínicas ou outros documentos submetidos a análises foram identificados por um número. O pesquisador manteve um registro de inclusão dos pacientes mostrando códigos, nomes e endereços para uso próprio, bem como os formulários de Termo de Consentimento assinados pelos responsáveis legais e de assentimento assinados pelos adolescentes, após esclarecimento da pesquisa.

Foram mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo.

Com os pais as entrevistas foram realizadas em meio aberto. Com os adolescentes foi em uma sala, em meio fechado, com um acompanhante (um policial militar) que ficou na porta, no lado de fora.

Sujeitos

O total de 69 adolescentes do sexo masculino, com idade de 12 a 16 anos e 11 meses, aleatoriamente selecionados pela lista de adolescentes internados, que estavam cumprindo medida socioeducativa.

Instrumentos

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA - realizada com os pais, com objetivo de coletar dados completos sobre as patologias que podiam estar ou não acometendo aquele adolescente. Também teve como objetivo estabelecer vínculo com os examinados, para a aplicação do K-SADS-PL.

K-SADS-PL - Versão Brasileira da *Schedule Affective Disorder and Schizophrenia for Scholl Aged-Children* para crianças de 6 a 18 anos

Esta entrevista diagnóstica semiestruturada foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar a história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida, em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-III e DSM-IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. O entrevistador deve sentir-se livre para adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança e usar a linguagem fornecida pelos pais ou criança, quando interrogados sobre sintomas específicos (BRASIL, 2003).

A K-SADS-PL é administrada entrevistando-se um dos pais (ou os dois), a criança e (ou) adolescente separadamente, finalmente, chegando a uma pontuação conclusiva, que inclua todas as fontes de informações (pais, crianças, escola, prontuário e outras) (BRASIL, 2003).

A K-SADS-PL é uma entrevista clínica semiestruturada tendo como informante a criança e seu responsável legal, em geral quem respondeu foi a mãe. Na aplicação da entrevista foi necessário um bom treinamento dos entrevistadores para que as

informações obtidas fossem confiáveis. A partir dessas informações, o entrevistador precisou usar seu julgamento clínico para garantir a correta avaliação das respostas tendo como base duas fontes de informações, muitas vezes divergentes, e discernir sobre a pontuação conclusiva, segundo critérios dos autores do instrumento (BRASIL, 2003).

No emprego da K-SADS-PL é importante enfatizar a necessidade de um amplo conhecimento sobre o desenvolvimento emocional da criança, sobre os fenômenos psicopatológicos na infância e adolescência, sobre a influência do contexto familiar e sociocultural nas manifestações sintomáticas e sobre a credibilidade das fontes de informações. Para a pontuação dos itens, é importante o domínio do conteúdo do instrumento tendo como referência os critérios do DSM-IV (BRASIL, 2003).

Análise estatística

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e prospectivo da avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflitos com a lei.

Todos os dados foram obtidos pelo pesquisador e registrados no instrumento de coleta de dados. Os dados foram digitados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®), conferidos e exportados para posterior análise estatística (Statistica - Statsoft®).

A estimativa da diferença entre médias entre os grupos de estudo, para variáveis de distribuição contínua, simétrica e grupos independentes foi realizada pelo teste t de Student e para as de distribuição assimétrica pelo teste de Mann-Whitney.

A estimativa da diferença entre frequências foi realizada pelo teste exato de Fisher para as variáveis categóricas nominais e teste qui-quadrado para tendências lineares para variáveis ordinais.

Para todos foram utilizados testes bicaudais, considerando que as diferenças podem estar distribuídas para ambos os lados da curva, com nível de significância mínimo de 5%.

Os dados foram analisados pelo pesquisador, comparados com os dados da literatura. Posteriormente foi desenvolvida a discussão dos resultados, para possibilitar a formulação das conclusões.

RESULTADOS

Características da amostra estudada

Constituíram a amostra deste estudo 69 adolescentes em conflito com a lei, todos do gênero masculino e com idade em média de $15,5 \pm 0,8$ anos e $6,5 \pm 3,5$ meses, variando de 12 a 16 anos e 0 a 11 meses (IC 95% = 15,3-15,7 anos). Quarenta e dois adolescentes eram da raça branca (60,9%), 04 negros (5,8%), 21 pardos (30,4%) e 01 amarelo (1,4%).

Viviam em sua maioria em bairros da periferia de Curitiba e municípios da região metropolitana reconhecidos pelo aglomerado de pessoas, favelas e alto índice de criminalidade.

O gráfico 1 ilustra a distribuição da amostra no que se refere à classe social dos adolescentes. Observou-se predomínio das classes C (28 adolescentes), D (19 adolescentes) e E (8 adolescentes), já na classe A (1 adolescente) e na B (6 adolescentes), em 8 deles não foi obtida a informação.

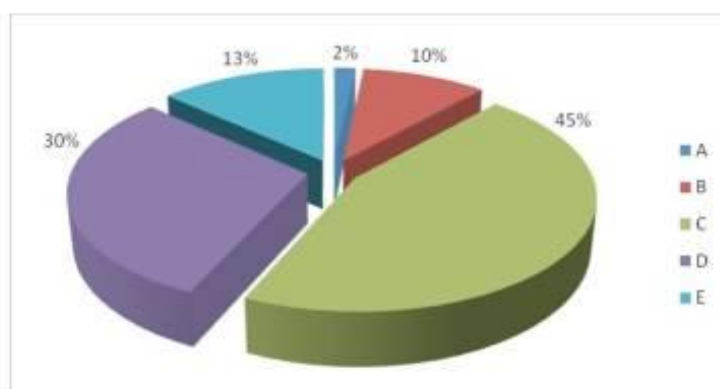


GRÁFICO 1 - CLASSE SOCIAL

Escolaridade dos sujeitos

Dos 69 adolescentes apenas 10 adolescentes chegaram ao ensino médio: 8 ao 1º ano e 2 ao 3º ano. Os demais apresentaram escolaridade de nível fundamental (Tabela 1).

TABELA 1 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE

	N	n	%
Nenhuma	02		2,9
Fundamental	57		2,9
4		03	4,3
5		27	39,1
6		12	17,4
7		08	10,1
8		07	11,6
Médio	10		14,5
1		08	11,5
2		00	0,0
3		02	2,9

Em relação à situação atual na ocasião da pesquisa, observou-se que 18 adolescentes (26,1%) estavam frequentando a escola regularmente, enquanto 51 (73,9%) estavam em média há 12 meses, variando de 1 a 48 meses, sem ir à escola.

Delitos

O delito mais frequentemente observado foi o roubo, em 66,7% dos casos seguido de homicídio em 8,7% dos casos, 4,4% (tentativa de homicídio), 3,1 (latrocínio) (Gráfico 2). A reincidência dos delitos foi observada em 26 casos (37,7%).

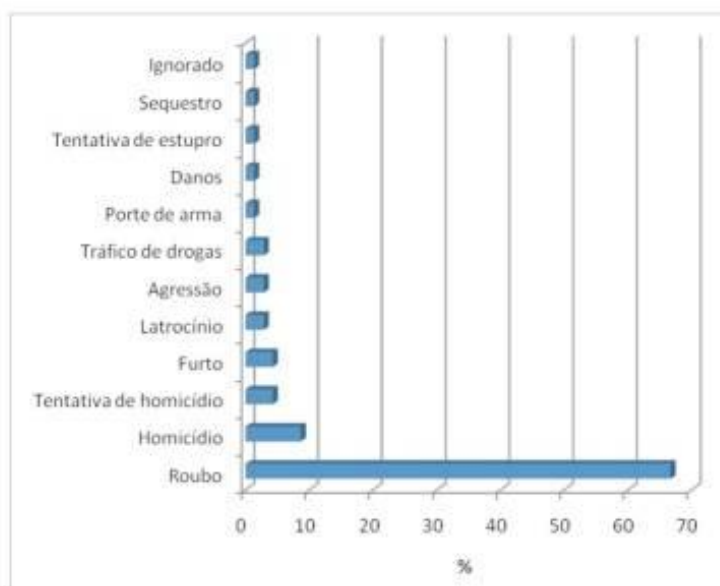


GRÁFICO 2 - TIPOS DE DELITOS

O gráfico 3 ilustra a distribuição do nível de escolaridade dos pais.

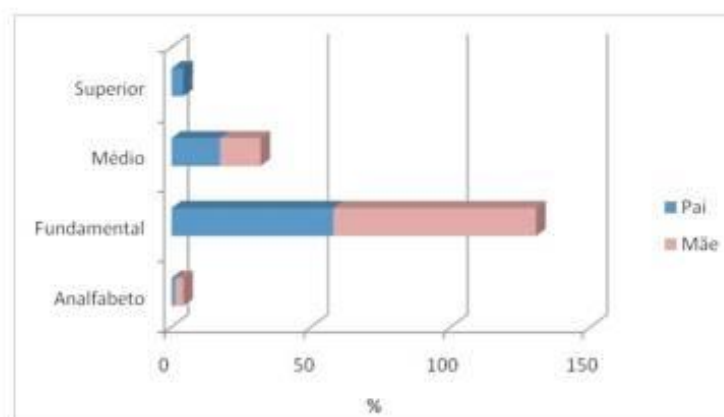


GRÁFICO 3 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS

Perfil familiar

Em 28 casos observou-se a presença de transtorno psiquiátrico dos pais (40,6%); este quesito foi obtido questionando se havia algum problema psiquiátrico em um dos pais. O alcoolismo foi o mais frequente (14 casos, 51,8%), seguido de dependência química (10 casos, 37,0%). Para as mães, esta frequência foi de 19 casos (27,5%), sendo depressão o principal transtorno (09 casos, 47,4%).

Em 33 dos casos (49,2%), observou-se a presença de outros membros da família em conflito com a lei, sendo principalmente primos (16 casos), tios (09 casos) irmãos (07 casos) e pai (03 casos).

O gráfico 4 ilustra a distribuição da situação conjugal dos pais, com predomínio de pais separados e casados.

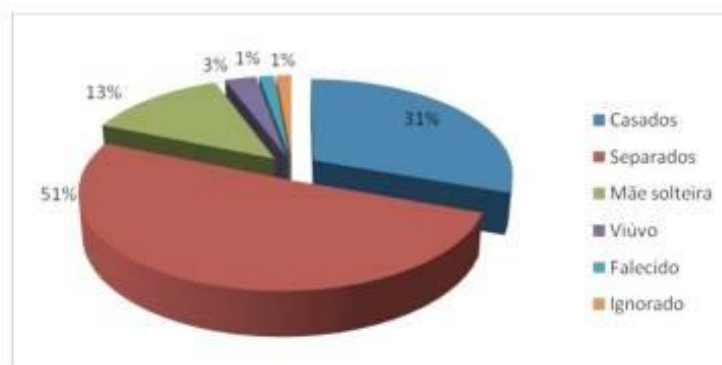


GRÁFICO 4 - SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS

Diagnósticos psiquiátricos na população dos adolescentes

Em 41 adolescentes (60,3%) foi observado transtorno de conduta (TC), 13 com início na infância (31,7%) e 28 da adolescência (68,3%), dos quais 15 indiferenciado (53,6%) e 13 de grupo (46,4%). O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) foi diagnosticado em 30 adolescentes (43,5%), sendo 23 do tipo combinado (76,7%), 03 desatento (10,0%) e 04 hiperativo (13,3%). Em 17 adolescentes (25,0%) foi observado o transtorno de ansiedade (TA), sendo 05 de fobia social, 3 de fobia específica, 3 de TAG, 3 de TEPT, 01 de pânico, 1 TOC e 1 de ansiedade de separação. Em 11 adolescentes (16,2%) foi observado TH, sendo 07 bipolar e em 04 depressão. Enurese noturna foi observada em 2 casos (3,0%) e Síndrome de Tourette em 01 caso (1,4%). Em 37 adolescentes (53,6%) foi registrado transtorno de uso de substâncias. Em 16 casos abuso (43,2%) e em 21 dependência (56,8%).

Dos 69 adolescentes, 37 fecharam o critério para o transtorno de abuso de substância (53,6%), a droga mais utilizada foi a maconha com 70,3% (26 adolescentes), seguida do crack 45,9% (17 adolescentes), 16,2% álcool (06 adolescentes), 8,1% solvente (03 adolescentes) e 5,4% cocaína (02 adolescentes). A associação mais frequente: maconha e crack em 13% (09 adolescentes). A reincidência em detenções esteve associada ao abuso de substâncias ($p=0,03$).

O gráfico 5 ilustra a distribuição de frequência dos transtornos observados.

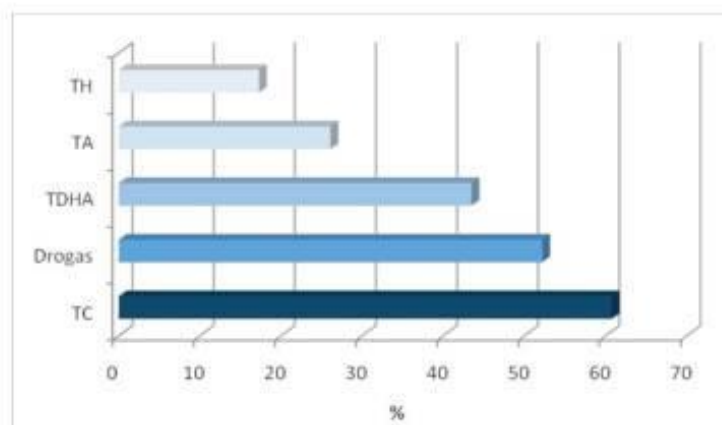


GRÁFICO 7 - TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

O gráfico 6 ilustra a distribuição das comorbidades dos transtornos observados. Em 22% apresentaram um único diagnóstico, 17% dois diagnósticos, 26% três diagnósticos, 14% quatro diagnósticos e 2% cinco diagnósticos.

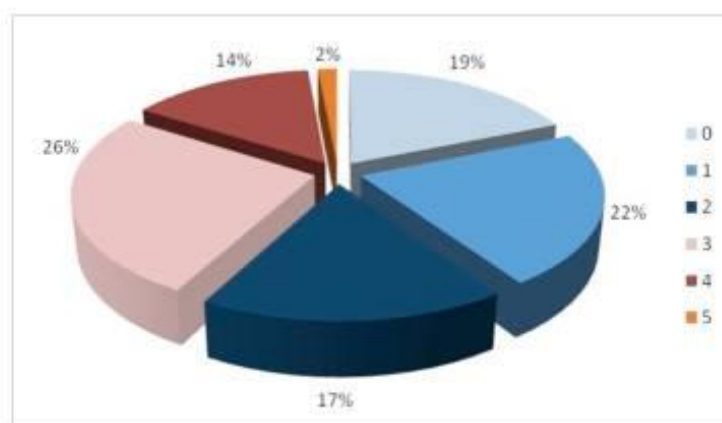


GRÁFICO 6 - COMORBIDADES

Observou-se associação significativa entre TDHA e transtorno de uso de substâncias ($p < 0,001$). Dos 30 adolescentes do estudo (43,5%) que apresentaram o TDAH, 22 deles (73,3%), apresentaram comorbidade com transtorno de abuso de substâncias, 02 usavam solvente, 14 maconha, 03 álcool, 12 crack e 01 cocaína. Sete utilizavam crack e maconha, a associação mais comum de drogas.

Também observou-se a associação entre TC e transtorno de uso de substâncias ($p<0,01$), de forma significativa. Dos 60,3% dos adolescentes que apresentaram TC tinham comorbidade com transtorno de abuso de substâncias, sendo que todos utilizavam maconha, 02 álcool, 13 crack. Sete utilizavam crack e maconha, a associação mais comum.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa apontaram para alguns pontos a serem salientados e que se tornaram objetos desta discussão, como os aspectos sociais delineados nos resultados: raça, bairros onde vivem, classe social, escolaridade dos jovens, escolaridade dos pais, e o principal objeto deste estudo: os resultados dos transtornos psiquiátricos nos adolescentes em conflito com a lei, diagnosticados por meio do instrumento K-SADS-PL.

Na pesquisa encontrou-se que os adolescentes em sua grande maioria residiam em bairros da periferia de Curitiba, assim como os municípios da região metropolitana, conhecidos bairros de Curitiba e municípios da região metropolitana, onde se encontram as favelas e como tendo altos índices de violência.

A pesquisa realizada, no que concerne aos aspectos sociais, apontou que os jovens pertenciam em sua maioria à raça branca (60,9%), pardos (30,4%), afro-brasileiros (5,8%) e amarelos (1,4%). Segundo o censo de 2000 do IBGE, a população de Curitiba está composta por: brancos (77,4%), pardos (18,2%), afro-brasileiros (2,9%), amarelos e indígenas (1,4%) (IBGE, 2003).

Salienta-se que a população de afro-brasileiros na cidade de Curitiba no censo de 2000 teve o índice de 2,9% , nos resultados desta pesquisa, com adolescentes em conflito com a lei, a raça de afro-brasileiros foi de 5,8%. Os pardos, que são uma mistura de afro-brasileiros e brancos, na população em Curitiba, segundo o Censo de 2000, eram 18,2% e nesta pesquisa apresentou o índice 30,4%. Segundo o Censo, a população curitibana de afro-brasileiros e pardos soma 21%, mas na pesquisa eles somaram 36,2% dos adolescentes.

Em um estudo realizado no estado de Illinois, nos Estados Unidos da América, dos 1829 adolescentes, 1.005 eram afro-americanos, 524 eram hispânicos e 296

eram não hispânicos brancos. Uma das conclusões desse estudo foi que o sistema de justiça juvenil tem se tornado somente uma alternativa para muitos jovens pobres e das minorias (TEPLIN *et al.*, 2002).

A análise da classe social na pesquisa mostrou que a grande maioria dos adolescentes pertence às classes sociais menos favorecidas em sua maioria (87%), 45% pertencendo à classe social C, 30% a classe D e 13% a classe E (Gráfico 1).

A escolaridade na pesquisa aponta que, apesar de a média da idade ser de 15,5 anos, 82,5% dos adolescentes estão ainda no ensino fundamental, sendo que 43,4% não terminaram a 5.^a série, somente 26,1% estavam frequentando a escola e 73,9% estavam evadidos da escola no momento da pesquisa.

Pesquisas apontam que 80% dos jovens na América do Norte são funcionalmente iletrados (MEICHENBAUM, 2005). Os adolescentes que abandonam os estudos cedo apresentam problemas emocionais e podem se colocar em situações de risco como atividades sexuais precoces, abuso de drogas e comportamento violento (GIUSTI; SAÑUDO; SCIVOLETTO, 2002) (KANN *et al.*, 2000).

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes frequentemente prejudicam seu desempenho na escola, estando associados ao atraso escolar (BENVEGNÚ *et al.*, 2005). Em estudo realizado em Porto Alegre, no extremo sul do Brasil (ROHDE *et al.*, 1999), onde os autores avaliaram estudantes na faixa etária de 12 a 14 anos, observou-se que os jovens com TDAH apresentaram taxas mais elevadas de repetência, suspensões e expulsões do que os controles. Nesse estudo realizado em Porto Alegre concluíram que a comorbidade do TDAH com o TC (47,8%) pode justificar os problemas comportamentais.

Em outro estudo realizado em Porto Alegre (TRAMONTINA *et al.*, 2001), foi observada uma maior taxa de TC no grupo de crianças e adolescentes com evasão escolar, em relação ao grupo que frequentava a escola regularmente (31,8 versus 2,3%). Nesta pesquisa realizada com os adolescentes em conflito com a lei, como apresentado acima, revelou altas prevalências tanto de evasão escolar como de TC, ressalta-se a inter-relação psicopatológica do TC e a evasão escolar, encontrada no estudo.

A análise da situação familiar dos adolescentes apresentou que 13% deles eram filhos de mães solteiras, em 51% os seus pais eram separados e em 31% os pais estavam casados. Constatou-se que 29% residiam com ambos os pais, 45%

com a mãe, 10% com o pai, 10% com os avós. Constata-se que a maior parte dos adolescentes da pesquisa viviam em famílias monoparentais.

A baixa escolaridade dos pais também foi uma realidade que foi constatada no grupo de adolescente em conflito com a lei, assim como transtorno psiquiátrico nos pais, a informação foi que 27,5% das mães apresentavam algum transtorno psiquiátrico, sendo a depressão o transtorno mais informado entre elas (47,4%). A informação em relação aos pais, foi que 40,6% deles apresentavam algum transtorno psiquiátrico, sendo o alcoolismo o mais frequente, seguido de dependência química. Em 49,2% observou-se a presença de outros membros da família em conflito com a lei, sendo principalmente primos, seguido de tios, irmãos e pai. Mas constata-se que de forma significativa encontra-se parentes de primeiro grau envolvido com problemas com a lei.

Portanto, um grande número dos adolescentes da pesquisa vive com pais com transtorno mental, sendo o alcoolismo um dos transtornos mais prevalente, sendo 13% deles filhos de mães solteiras e 51% com pais separados; então, 64%.. Também com incidência significativa com algum parente em conflito com a lei. Com estas questões familiares presume-se que os adolescentes da pesquisa vivem em certa desestrutura familiar, pais que apresentam algum transtorno psiquiátrico, em famílias monoparentais e algum parente de primeiro grau com envolvimento com problemas com a lei.

Pesquisadores que focalizam sobre o comprometimento das funções parentais (vínculos pouco efetivos, supervisão inconsistente, disciplina incoerente e inadequada pais que cometem crimes, com consumo excessivo de álcool e drogas e psicopatologia dos pais e as adversidades sociais que pesam sobre as famílias, incluindo o efeito de pais solteiros, o problema da gravidez na adolescência, o número crescente de crianças criadas em ambientes pobres, com aglomerados de pessoas e violentos, sob o efeito negativo do abuso de substâncias, ressaltam o impacto desses fatores sobre o bem-estar psicológico das crianças e famílias e são fatores de risco (OSOFSKY; THOMPSON, 2000) (CAUFFMAN *et al.*, 1998) (HAWKINS; FARRINGTON; CATALANO, 1998; (HEMPHILL *et al.*, 2010) HAWKINS *et al.*, 2011). As crianças que presenciam cronicamente a violência podem ter uma ruptura do desenvolvimento normal, podendo apresentar padrões distorcidos de cognição, emoções e comportamento (BRANCALHONE; FOGO; WILLIAMS, 2004).

Portanto, grande parte dos jovens da pesquisa vive em condições adversas, vivendo em bairros violentos, em famílias monoparentais, com pais com algum transtorno psiquiátrico, com baixa escolaridade, portanto expostos a situações de estresse. Por consequência, são mais vulneráveis a desenvolver transtornos psiquiátricos, favorecendo o fracasso escolar, a evasão escolar e, conseqüentemente, a baixa escolaridade.

Os transtornos psiquiátricos

Pesquisas recentes têm demonstrado que, enquanto 20% das crianças e dos adolescentes têm pelo menos um diagnóstico de acordo com o DSM, 10% apresenta prejuízo significativo em seu funcionamento, em torno de 5% recebem algum tipo de atendimento em saúde mental (de aconselhamento social ou na atenção primária) e 1% fazem tratamento especializado em um serviço de saúde mental (RUTTER, 1989; COSTELLO *et al.*, 1993). O hiato entre os 20% que têm algum diagnóstico psiquiátrico (seja com ou sem prejuízo em seu funcionamento) e os 1% que recebem tratamento especializado representa a disparidade entre a necessidade e a disponibilidade de serviços (COSTELLO *et al.*, 1993).

Em estudo populacional com crianças e adolescentes, realizado no Brasil (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004), com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV, pelo menos um transtorno psiquiátrico foi identificado, representando uma prevalência de 12,7%.

Salienta-se que na pesquisa dos adolescentes em conflito com a lei, 81% dos jovens apresentaram algum transtorno psiquiátrico, sendo que jovens com comorbidades psiquiátricas foram a regra e não a exceção; os que apresentaram somente um transtorno foram 22%, 17% dois transtornos, 26% três transtornos, 14% 4 transtornos e 2% o que equivale a um indivíduo, 5 transtornos psiquiátricos.

Na pesquisa realizada no estado de Illinois nos Estados Unidos da América, com adolescentes em conflito com a lei, a prevalência de transtornos psiquiátricos no sexo masculino foi de 66,3%, sendo a maior parte dos adolescentes estudados afro-americanos e hispânicos brancos. Quando consideraram somente a população branca, a prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 82,0% (TEPLIN *et al.*, 2002). Verificaram que 20,4% dos adolescentes do sexo masculino apresentaram somente um diagnóstico psiquiátrico e 45,9% deles apresentaram dois ou mais diagnósticos. Nos

brancos não hispânicos a prevalência de mais de dois ou mais diagnósticos foi de 53,1% (ABRAM *et al.*, 2003).

A seguir discutem-se a prevalência dos transtornos psiquiátricos na população dos adolescentes em conflito com a lei avaliada e suas relações, com estudos de prevalência populacional e estudo com adolescente em conflito com a lei.

Transtorno de ansiedade

A ansiedade é uma emoção normal e muitas vezes importante no desenvolvimento. Para delinear o que é o patológico leva-se em conta o tempo necessário para que se estabeleça o diagnóstico, que é de quatro semanas no DSM-IV, e resultando em uma incapacidade significativa no funcionamento social e ocupacional (APA, 1995).

O transtorno de ansiedade é um dos transtornos mais comuns dos transtornos psiquiátricos (KESSLER *et al.*, 1994). Estima-se nos Estados Unidos que entre 10 e 15% das crianças e dos adolescentes sejam afetados por um transtorno de ansiedade. No estudo populacional realizado no Brasil, a prevalência de transtorno de ansiedade na população de adolescentes foi de 5,2% (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Frequentemente está associado a outros quadros, como transtornos depressivos, distímia, TDAH, Transtorno de Tourette e transtorno de uso de substâncias (no adolescente e no adulto) (MANCINI *et al.*, 1999; PINE, 1999) (CHORPITA; ALBANO; BARLOW, 1998). Pesquisas têm demonstrado consistentemente o impacto negativo da ansiedade na infância e na adolescência em uma gama de variáveis psicossociais, incluindo o desempenho escolar, com recusa escolar, dificuldades acadêmicas e com risco de abandonar a escola prematuramente e com prejuízos no funcionamento social (BERG, 1992) (LAST *et al.*, 1992; (KESSLER *et al.*, 1995); (STEIN; KEAN, 2000); VAN AMERINGEN; MANCINI; FARVOLDEN, 2003).

O impacto da comorbidade do TDAH e o Transtorno de ansiedade sobre o comportamento antissocial devem ser avaliados, podendo o traço de ansiedade ajudar a especificar as oportunidades terapêuticas, melhorando a suas eficiências (VLOET *et al.*, 2010).

Na pesquisa a prevalência de transtorno de ansiedade na população dos adolescentes em conflito com a lei afetados foi de 25%, ficando acima dos estudos

populacionais, que estão em torno de 10%. Sendo a fobia social o transtorno mais prevalente dentre os transtornos de ansiedade, nos adolescentes da pesquisa.

No estudo de Teplin *et al.* (2002) o transtorno de ansiedade foi de 21,3% nos adolescentes em conflito com a lei, considerando somente a população branca foi de 14,4%, os afro-americanos 20,9% e nos hispânicos 25,5%. Esses resultados estão muito próximos ou similares aos encontrados na população do objeto deste estudo.

O transtorno de humor

Depressão na adolescência

Adolescentes deprimidos mostram bem mais desesperança, sensação de desamparo, falta de energia, fadiga, hipersonia, perda de peso e comportamento suicida, juntamente com estes sintomas apresentam culpa inapropriada, dificuldade de concentração e baixa autoestima. Conseguem relatar claramente sentimentos depressivos, além da desesperança, como dificuldade cognitiva, irritabilidade e hostilidade. A falta de esperança e a sensação de que as coisas não mudarão podem estar presentes e podem ser persistentes, podendo levar a pensamentos de suicídio e até mesmo tentativas (FU; WANG, 2008; BIRMAHER *et al.*, 2004).

Conforme a diversidade dos locais, onde os estudos foram realizados (comunidade, ambulatórios psiquiátricos, hospitais) e das populações por eles observadas, a prevalência de depressão apresenta vários índices, na população de crianças e adolescentes. Em estudos norte-americanos revelam uma incidência de 4,7% dos adolescentes com quadro depressivo (CARLSON; KASHANI, 1988).

Embora não haja diferenças relativas à prevalência sexual da depressão na infância, as mulheres apresentam maior risco após a puberdade. Isso se mantém durante a fase adulta (CARLSON; KASHANI, 1988; WHITAKER *et al.*, 1990).

No estudo de Teplin *et al.* (2002), episódio depressivo maior foi de 13%, sendo 12,5% nos afro-americanos, nos brancos 9,5% e nos hispânicos 16,6%. Os resultados dessa pesquisa para o transtorno depressivo estão todos acima do encontrado na pesquisa deste estudo, que foi de 6%.

Transtorno de humor bipolar

Já o transtorno de humor bipolar na pesquisa foi diagnosticado em 10% dos adolescentes. Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental

nos Estados Unidos, houve um aumento significativo no diagnóstico de THB em crianças e adolescentes nos últimos 10 anos, mostrando que poucos médicos consideravam esse diagnóstico em crianças ou adolescentes, sendo que a proporção de incidência era de 25 casos para cada 100.000 crianças ou adolescentes da comunidade. Em 2003, essa proporção passou a ser de 1.003 casos para 100.000 crianças ou adolescentes, ficando próximo a 1% (BLADER; CARLSON, 2007).

Há predomínio de sintomas disruptivos de comportamento nos meninos com THB tipo I, sendo que esse predomínio é apontado em amostras clínicas. Também nos meninos, podem ocorrer mais episódios de mania e comorbidade com o TDAH (CARLSON; MEYER, 2006; LEIBENLUFT; RICH, 2008). Normalmente as crianças com THB são confundidas com casos de TDAH. Acredita-se que a ocorrência de THB comórbido com TDAH seja de 11 a 75%, com TOD de 46 a 75%, com TC de 5,6 a 37%, com transtorno de ansiedade de 12 a 56% e com abuso de substância de 0 a 40% (AXELSON *et al.*, 2006).

O humor exaltado, com tagarelice, hiperatividade e grandiosidade, é claramente perceptível em adolescentes em fase de mania, juntamente com diminuição da necessidade de sono e o aumento de energia. O comportamento social é bizarro, inadequado e extravagante. Sintomas psicóticos podem ser frequentes, e a confusão com a esquizofrenia é, muitas vezes, inevitável (TILLMAN *et al.*, 2008).

Tanto na fase maníaca como na depressiva do THB, podem se manifestar com comportamentos agressividade, crueldade, furtos, mentiras, fugas de casa, destruições de propriedades (ENDRASS *et al.*, 2007; PULAY *et al.*, 2008). A criança muitas vezes se expressa por meio de comportamentos disruptivos, reagindo de forma agressiva. A irritabilidade está presente em 97% dos casos de THB e 71,6% dos casos de TDAH, que também está presente no TOD, que se apresenta facilmente magoado ou irritado, levando a uma maior ocorrência de agressividade (GELLER *et al.*, 2002a). Frequentemente crianças com THB são diagnosticadas como TC (BIEDERMAN *et al.*, 2000). No TC é observada ausência de alterações emocionais, indiferença afetiva, indiferença à punição, ausência de remorso e arrependimento e demonstração de prazer com atos agressivos (WELLER; WELLER; FRISTAD., 1995).

Importante salientar que o THB no adolescente pode aumentar o risco para o desenvolvimento do transtorno de uso de substância. Um estudo realizado entre adolescentes bipolares encontrou a prevalência de transtorno de uso de substâncias,

ao longo da vida, de 16%. Os transtornos relacionados à maconha foram os mais comuns, com prevalência ao longo da vida de 12%. De todos os adolescentes pesquisados, 8% tiveram algum transtorno relacionado ao uso de álcool. A prevalência de outros tipos de abuso/dependência (como cocaína e alucinógenos) não excedeu 3% (GOLDSTEIN *et al.*, 2008). Há relatos de que apenas metade do grupo com transtornos de uso de substâncias apresentou abuso/dependência de álcool. Esses achados contrastam com dados de adultos, entre os quais essa substância é a mais comumente encontrada (CASSIDY; AHEARN; CARROLL, 2001).

No estudo realizado com adolescentes em conflito com a lei no estado de Illinois (TEPLIN *et al.*, 2002), o episódio maníaco esteve presente em 2,2%, sendo que 2,5% nos afro-americanos, 0,5 nos brancos e 1,4% nos hispânicos. Com taxas bem inferiores dos resultados obtidos na pesquisa objeto deste trabalho, que foi de 10%, em que foi utilizado um instrumento que deve ser pontuado os estados depressivos e maníacos, mas também leva-se em conta o diagnóstico clínico.

Como se salientou acima, uma série de alterações de humor pode manifestar característica opositiva, tornando o adolescente menos flexível, trazendo problemas nos relacionamentos sociais, impulsivos, levando os jovens a se envolverem em atividades de risco. Reflete-se que se esses casos fossem diagnosticados e tratados precocemente, provavelmente o internamento desses jovens no sistema de justiça poderia ter sido evitado.

O transtorno de déficit de atenção-hiperatividade e os transtornos disruptivos

O TDAH é um dos transtornos mais comumente diagnosticado transtorno do neurodesenvolvimento em crianças e adolescentes, com 3 a 8% de todas as crianças em idade escolar sendo afetadas (APA, 1995; REMSCHMIDT, 2005). O TDAH está frequentemente associado a comorbidades psiquiátricas, tais como TOD, TC, transtornos de tiques e sono, transtornos da aprendizagem e problemas motores (BIEDERMAN *et al.*, 1996; GOLDMAN *et al.*, 1998). Crianças e adolescentes com TDAH são de alto risco de desenvolver uma ampla gama de adversidades psiquiátricas (BIEDERMAN *et al.*, 2006), e frequentemente sofrem prejuízos no desempenho escolar, nas relações familiares e com os pares e maior propensão para sofrer lesões (ESCOBAR *et al.*, 2005).

Em 30 casos (43,5%) foi observado TDHA, sendo 23 do tipo combinado (76,7%), 03 desatentos (10,0%) e 04 hiperativo (13,3%) (Gráfico 9), estando significativamente mais alto que a prevalência populacional de crianças e adolescente (em torno de 5%). Como colocado acima, nas pesquisas o TDAH está frequentemente associado a comorbidades psiquiátricas; na pesquisa realizada com os adolescentes em conflito com a lei, pudemos observar que as comorbidades foram mais a regra do que a exceção e ficou evidente que as consequências para esses adolescentes foram o TC e os problemas de aprendizagem. Verificou-se que os adolescentes da pesquisa apresentaram uma ampla gama de adversidades psiquiátricas, incluindo taxas significativamente elevadas de transtornos antissocial, adictivos, humor, ansiedade e prejuízos no desempenho escolar.

Muitos dos portadores de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade apresentam déficit em funções executivas, portanto, muitas vezes não são capazes de avaliar o futuro e as consequências de seu comportamento, mas não conseguem agir de acordo com esse conhecimento, ficando as ações comandadas pelo presente imediato, não conseguindo manter a atenção nas suas representações internas e guiar suas ações por uma perspectiva futura (BARNETT *et al.*, 2001).

No estudo realizado em Illinois (TEPLIN *et al.*, 2002), o TDAH apresentou uma prevalência de 16,6%, sendo 17,0% para os afro-americanos, 20,9% para os brancos e 13,7% para os hispânicos. Todas as taxas de uma forma significativamente mais baixas, quando comparadas aos resultados desta pesquisa, que foi de 43,5%. Ressalta-se que apesar de os instrumentos estarem calcados no DSM-IV, na pesquisa de Illinois, trata-se também de um instrumento estruturado. O instrumento utilizado nesta pesquisa é uma entrevista diagnóstica semiestruturada, baseando-se nos critérios diagnósticos do DSM-III-R e DSM-IV, que adequa as perguntas ao nível do desenvolvimento do entrevistado, devendo o entrevistador concluir o diagnóstico utilizando-se de seu julgamento clínico. Também a pesquisa realizada no Brasil, onde os adolescentes tiveram menos possibilidades para tratamento e educação especializada, portanto, ficando para esses adolescentes impulsivos reativos receberem uma "atenção especializada", no sistema de justiça juvenil.

Em 41 casos (60,3%) foi observado TC (Gráfico 7), 13 com início na infância (31,7%) e 28 com início na adolescência (68,3%), dos quais, 15 indiferenciados (53,6%) e 13 de grupo (46,4%).

A prevalência de 60,3 % de TC é altamente significativa quando comparada ao estudo populacional, que foi realizado no Brasil, que apresentou a prevalência de 7% para os transtornos disruptivos (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004) e taxas apresentadas no DSM-IV, que variam entre 6 a 16% (APA, 1995).

Na pesquisa realizada no estado de Ilínois (TEPLIN *et al.*, 2002), os transtornos disruptivos apresentaram a prevalência de 41,4%, sendo 39,8% nos afro-americanos, 60,3% nos brancos e 43,3% nos hispânicos. Na pesquisa objeto deste estudo a prevalência foi de 60,3%, a mesma encontrada na pesquisa com adolescentes brancos, em Ilínois.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do TDAH e o TC são tanto os ambientais como os neurobiológicos (genéticos). Entre os principais fatores de risco ambientais estão a baixa situação socioeconômica, transtorno de personalidade antissocial em parentes e deficiência nas relações com os pais (WHITTINGER *et al.*, 2007). Foi apresentado nos resultados da pesquisa que os adolescentes são provenientes principalmente das classes sociais mais pobres, vivendo em bairros e municípios da periferia da cidade de Curitiba, sendo que 49% tinham algum parente de primeiro grau envolvido com lei. Vivendo na maior parte das vezes com pais separados. O entorno familiar é um fator de risco, pois uma criança com TDAH em um meio de separações matrimoniais e adversidades familiares pode desencadear um TOD ou um TC, que apresentam prejuízos como baixa escolaridade e evasão escolar, consequentemente levando a um comportamento delinquente.

O uso e abuso de substâncias, sua relação como os transtornos disruptivos e o adolescente em conflito com a lei

Na população dos adolescentes em conflito com a lei, objeto deste estudo, a prevalência o transtorno de abuso de foi de 53,6%. No tocante às drogas mais utilizadas, estão a maconha e o crack, seguidas do solvente, cocaína e o álcool. Evidencia-se que o comportamento delinquente e problemas de uso de substância andam de mãos dadas na adolescência, sugerindo uma relação de reciprocidade entre os dois comportamentos.

Este resultado vai ao encontro de outros estudos com jovens em conflito com a lei, que demonstram que grande parte deles tem histórias recentes do uso de substâncias ilegais e que jovens com graves e crônicos comportamentos delinquentes

são mais propensos a receber o diagnóstico de transtorno por uso de substâncias (WILSON *et al.*, 2001; TEPLIN *et al.*, 2002).

Na pesquisa realizada no estado de Illinois (TEPLIN *et al.*, 2002), ou uso de substâncias entre os adolescentes em conflito com a lei foi de 50,7%, sendo transtorno por uso de álcool de 25,9%, para maconha foi de 44,8%, outras substâncias 2,4%.

A relação entre o uso de substâncias e delinquência durante a adolescência mostrou existir uma implicação direta. Muitos jovens que têm problemas com a lei também têm problemas com o uso de substâncias, e suas infrações muitas vezes estão ligadas ao seu envolvimento com drogas ou álcool, servindo como combustíveis para comportamentos destrutivos (MULVEY, 2011). O uso de substância precoce prediz o comportamento criminoso posterior na adolescência (HUIZINGA; LOEBER; THORNBERRY, 1993; Ford, 2005).

O uso de substâncias, assim como o transtorno psiquiátrico em um dos pais, pode ser um fator de risco, tanto para o desenvolvimento de um TUS quanto para o desenvolvimento de um comportamento delinquente (OSOFSKY; THOMPSON, 2000). Dados colhidos na pesquisa informam que em 28 casos foram observados a presença de transtorno dos pais (40,6%), sendo o alcoolismo o mais frequente (51,8%), seguido de dependência química (37,0%). Uso de substâncias psicoativas entre os pais, negligência, ambiente familiar perturbado e conflituoso e outros fatores, como busca de sensações e desinibição pelo adolescente, também pobre regulação dos afetos, depressão e estresse ambiental podem levar a comportamentos externalizantes, tais como uso de drogas e atividades criminosas (HERSH; HUSSONG, 2009). Alguns dos fatores que colocam o indivíduo em risco de envolvimento com a criminalidade também colocam o indivíduo em risco para problemas de uso de substância (IACONO; MALONE; McGUE, 2008; MARMORSTEIN; IACONO; McGUE, 2009).

A pesquisa mostrou que os transtornos mais prevalentes foram o TC, o uso e abuso de substâncias e o TDAH, o que vem ao encontro de outras pesquisas, que evidenciaram que problemas de comportamento e agressividade em crianças pequenas predispoem em uma idade posterior ao uso de substâncias ilícitas na adolescência (HENRY; TOLAN; GORMAN-SMITH, 2001; MASON *et al.*, 2007; WIESNER; KIM; CAPALDI, 2005). O que vem ressaltar a importância do tratamento do TDAH, TOD e TC na infância para poder prevenir o desenvolvimento do uso ou abuso de substâncias na adolescência.

O TDAH é um dos transtornos comportamentais mais comuns e de mais alta herdabilidade dos transtornos comportamentais da infância (FARAONE, 2005). A preocupação com a contribuição do TDAH e os outros transtornos psiquiátricos, tais como o abuso de drogas, tem gerado um interesse considerável (FLORY; LYNAM, 2003). Ressalta-se que na pesquisa observou-se de forma significativa a associação entre TDAH e abuso de substâncias ($p < 0,001$), assim como TC e abuso de substâncias. Portanto, confirma-se o que já foi encontrado em pesquisas anteriores, uma relação significativa entre o TDAH e o TC e o desenvolvimento do uso de substâncias na adolescência. Diante disso, programas preventivos sobre o uso de substâncias para a população portadora de TDAH e TC devem ser sempre prioritários. Conclui-se que o TDAH e ou TC mais adversidades sociais, baixa escolaridade e uso de substâncias são fatores de risco para o desenvolvimento de adolescentes com problema com a lei.

Muitos autores (BIEDERMAN *et al.*, 1997; HORNER; SCHEIBE, 1997; FLORY; LYNAM, 2003; ELKINS; MCGUE; IACONO, 2007) têm sugerido que crianças com TDAH apresentam maior probabilidade de desenvolver abuso de substâncias na adolescência e quando adultos jovens que aqueles que sem história deste transtorno. No entanto, a relação de abuso de substâncias e TDAH muitas vezes passa despercebida quando a co-ocorrência com TC é considerada (ELKINS; MCGUE; IACONO, 2007).

O relacionamento grupal tem uma influência significativa na vida do adolescente em conflito com a lei, sendo uma preocupação para o tratamento, porque o fenômeno grupal para o adolescente faz parte do desenvolvimento normal, pois é na adolescência que acontece um alargamento do mundo social, desvinculando-se emocionalmente dos pais e direcionando-se para o grupo de iguais-pares (SPRINTHALL; COLLINS, 2003). Na adolescência os amigos se compreendem melhor com relações recíprocas e íntimas, normalmente as amizades ganham intensidade e estabilidade. O investimento social é um fator potencialmente importante nesse processo de reabilitação (LAUB; SAMPSON, 2001).

Na pesquisa, a reincidência esteve associada ao abuso de substâncias ($p = 0,03$); portanto conclui-se que o uso de substâncias tanto pode estar relacionado com problemas de conflito com a lei em jovens quanto é um fator que leva de uma forma significativa à reincidência.

A importância de um diagnóstico precoce e um tratamento efetivo para adolescentes que apresentam problemas com abuso de substâncias e problemas com a lei, atentando-se para o fato que este jovem pode apresentar uma outra comorbidade psiquiátrica, como o TDAH, TC ou um transtorno com sintomas de ansiedade e depressão. Um atendimento efetivo pode ajudar os jovens a desenvolverem competências e habilidades, colocando-os com maiores chances na idade adulta, conseguirem assumir os papéis adequados.

A adolescência é uma etapa em que frequentemente ocorre a experimentação de drogas. Quando há um abuso ou dependência de drogas, muitas vezes existem padrões que se refletem no comportamento, que podem ser percebidos pela família e pela escola, e pode-se tomar alguma providência aos primeiros sinais, o que coloca o jovem com maiores chances de sucesso no não desenvolvimento de um TAS.

Obter uma compreensão mais profunda desta dinâmica é fundamental para o tratamento e o desenvolvimento de abordagens e os esforços para uma prevenção mais eficaz, neste segmento do adolescente em conflito com a lei. Uma intervenção no momento certo para o desenvolvimento de comportamentos violentos poderia evitar um a vida inteira de uso de substâncias e delinquências.

Os resultados desta pesquisa traz implicações importantes para intervenções da justiça juvenil, pois evidenciou-se que a saúde mental é um dos fatores fundamentais na reabilitação do adolescente em conflito com a lei.

CONCLUSÕES

- Os adolescentes em conflito com a lei, apresentam prevalência elevada de transtornos psiquiátricos (81%).
- Os adolescentes em conflito com a lei apresentam altas taxas de transtorno de ansiedade (25%), transtorno de humor bipolar (10%), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (43,5%), transtorno de abuso de substâncias (53,6%) e transtorno de conduta (60,3%).
- Os adolescentes em conflito com a lei em sua maioria são principalmente da raça branca, seguidos de pardos e afro-brasileiros.

- Os adolescentes em conflito com a lei vivem em situações socioeconômicas mais baixas (pertencem principalmente às classes sociais C, D e E), são filhos de mães solteiras e pais separados (famílias monoparentais em sua maioria), com pais com baixa escolaridade e com transtornos psiquiátricos. Também possuem parentes de primeiro grau envolvidos com problemas com a lei em uma incidência significativa.
- constatou-se um aumento nas etnias pardas e negras quando comparadas a população total da cidade de Curitiba nos adolescentes em conflito com a lei.
- Os adolescentes em conflito com a lei são provenientes, em sua maioria, dos bairros da periferia da cidade e municípios da região metropolitana.
- Os adolescentes em conflito com a lei em sua maioria apresentam baixa escolaridade e alta prevalência de evasão escolar, estando 73,9% deles fora da escola.
- As comorbidades psiquiátricas apresentaram-se como o maior problema de saúde entre os adolescentes em conflito com a lei, 59% dos jovens avaliados. Pode-se concluir que muitos dos jovens com comorbidades psiquiátricas estão cumprindo penas e estão sendo detidos.
- No adolescente em conflito com a lei, entre os adolescente portadores de transtorno de conduta, 31,7% dos casos tiveram início na infância e 68,3% com início na adolescência.
- No adolescente em conflito com a lei, entre os portadores de transtorno de uso de substância existe mais dependência (56,8%) do que abuso (43,2%), sendo as drogas a maconha e o crack mais prevalentes, seguidas do solvente, cocaína e o álcool.
- Conclui-se que o uso de substâncias tanto pode estar relacionado a problemas de conflito com a lei em jovens como é um fator que leva de uma forma significativa à reincidência.
- No adolescente em conflito com a lei, existe uma associação significativa entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o transtorno de conduta e o transtorno de abuso de substâncias.

- Com altas taxas de transtornos psiquiátricos na população de adolescentes em conflito com a lei, conclui-se que a prioridade para esta população deverá ser o tratamento em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Entre os adolescentes em conflito com a lei 43,5 apresentaram o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, todos estes adolescentes já apresentavam problemas comportamentais antes dos sete anos; portanto, programas de diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo dessas crianças podem auxiliar em programas de prevenção. Priorizando crianças que apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, principalmente com comorbidade com transtorno de conduta, que apresentam dificuldades de aprendizagem, repetências sucessivas e evasão escolar.
- Em programas de prevenção para adolescentes em conflito com a lei, deve-se priorizar as crianças que vivem em situação socioeconômica desfavorecida, em locais violentos, famílias monoparentais, com pais que apresentam algum transtorno psiquiátrico e com parente de primeiro grau com problemas com a lei.
- Programas de prevenção de drogas, especialmente para crianças com transtorno de conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, pela associação significativa entre esses transtornos e o transtorno de uso de substâncias no adolescente em conflito com a lei. O transtorno de déficit de atenção, o transtorno de conduta e o transtorno de abuso de substância andam de mãos dadas no adolescente em conflito com a lei.
- Sem cuidados adequados na área da saúde mental, uma grande parte dos jovens em conflito com a lei se tornará uma população adulta problemática, com sérios prejuízos individuais, familiares e sociais.
- Muito ainda se faz necessário investir, tanto no desenvolvimento de métodos para avaliar a eficácia das intervenções quanto no desenvolvimento de

serviços e instituições que possam prestar assistência ao adolescente em conflito com a lei.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, K. M.; TEPLIN, L. A.; MCCLELLAND, G. M.; DULCAN, M. K. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. **Arch Gen Psychiatry**, v.60, n.11, p.1097-1108, 2003.
- AMERICANA, A. P. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- AXELSON, D.; BIRMAHER, B.; STROBER, M.; GILL, M. K.; VALERI, S.; CHIAPPETTA, L.; RYAN, N.; LEONARD, H.; HUNT, J.; IYENGAR, S.; BRIDGE, J.; KELLER, M. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. **Arch Gen Psychiatry**, v.63, n.10, p.1139-1148, 2006.
- BARNETT, R.; MARUFF, P.; VANCE, A.; LUK, E. S.; COSTIN, J.; WOOD, C.; PANTELIS, C. Abnormal executive function in attention deficit hyperactivity disorder: the effect of stimulant medication and age on spatial working memory. **Psychol Med**, v.31, n.6, p.1107-1115, 2001.
- BENVEGNÙ, L. A.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A.; WEGMAN, D. H.; DALL'AGNOL, M. M. Work and behavioural problems in children and adolescents. **Int J Epidemiol**, v.34, n.6, p.1417-1424, 2005.
- BERG, I. Absence from school and mental health. **Br J Psychiatry**, v.161, p.154-166, 1992.
- BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; MILBERGER, S.; JETTON, J. G.; CHEN, L.; MICK, E.; GREENE, R. W.; RUSSELL, R. L. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.35, n.9, p.1193-1204, 1996.
- BIEDERMAN, J.; MICK, E.; FARAONE, S. V.; SPENCER, T.; WILENS, T. E.; WOZNIAK, J. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? **Biol Psychiatry**, v.48, n.6, p.458-466, 2000.
- BIEDERMAN, J.; MONUTEAUX, M. C.; MICK, E.; SPENCER, T.; WILENS, T. E.; SILVA, J. M.; SNYDER, L. E.; FARAONE, S. V. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. **Psychol Med**, v.36, n.2, p.167-179, 2006.
- BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; MICK, E.; FARAONE, S. V.; WEBER, W.; CURTIS, S.; THORNELL, A.; PFISTER, K.; JETTON, J. G.; SORIANO, J. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.36, n.1, p.21-29, 1997.
- BIRMAHER, B.; WILLIAMSON, D. E.; DAHL, R. E.; AXELSON, D. A.; KAUFMAN, J.; DORN, L. D.; RYAN, N. D. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.43, n.1, p.63-70, 2004.
- BLADER, J. C.; CARLSON, G. A. Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. **Biol Psychiatry**, v.62, n.2, p.107-114, 2007.

- BRANCALHONE, P. G.; FOGO, J. C.; WILLIAMS, L. C. A. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, n.2, p.113-117, 2004.
- BUKA, S. L.; STICHICK, T. L.; BIRDTHTISTLE, I.; EARLS, F. J. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. **Am J Orthopsychiatry**, v.71, n.3, p.298-310, 2001.
- CARLSON, G. A.; KASHANI, J. H. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. **Am J Psychiatry**, v.145, n.10, p.1222-1225, 1988.
- CASPI, A.; McCLAY, J.; MOFFITT, T. E.; MILL, J.; MARTIN, J.; CRAIG, I. W.; TAYLOR, A.; POULTON, R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. **Science**, v.297, n.5582, p.851-854, 2002.
- CASSIDY, F.; AHEARN, E. P.; CARROLL, B. J. Substance abuse in bipolar disorder. **Bipolar Disord**, v.3, n.4, p.181-188, 2001.
- CAUFFMAN, E.; FELDMAN, S. S.; WATERMAN, J.; STEINER, H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.37, n.11, p.1209-1216, 1998.
- CHORPITA, B. F.; ALBANO, A. M.; BARLOW, D. H. The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. **J Abnorm Psychol**, v.107, n.1, p.74-85, 1998.
- COSTELLO, E. J.; BURNS, B. J.; ANGOLD, A.; LEAF, P. J. How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.32, n.6, p.1106-1117, 1993.
- DAANE, D. M. Child and adolescent violence. **Orthop Nurs**, v.22, n.1, p.23-29, 2003.
- ELKINS, I. J.; MCGUE, M.; IACONO, W. G. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. **Arch Gen Psychiatry**, v.64, n.10, p.1145-1152, 2007.
- ENDRASS, J.; VETTER, S.; GAMMA, A.; GALLO, W. T.; ROSSEGGER, A.; URBANIOK, F.; ANGST, J. Are behavioral problems in childhood and adolescence associated with bipolar disorder in early adulthood? **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v.257, n.4, p.217-221, 2007.
- ESCOBAR, R.; SOUTULLO, C. A.; HERVAS, A.; GASTAMINZA, X.; POLAVIEJA, P.; GILABERTE, I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. **Pediatrics**, v.116, n.3, p.e364-e369, 2005.
- FARAONE, S. V. The scientific foundation for understanding attention-deficit/hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v.14, n.1, p.1-10, 2005.
- FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.43, n.6, p.727-734, 2004.
- FLORY, K.; LYNAM, D. R. The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? **Clin Child Fam Psychol Rev**, v.6, n.1, p.1-16, 2003.
- FU, I. L.; WANG, Y. P. Comparison of demographic and clinical characteristics between children and adolescents with major depressive disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, n.2, p.124-131, 2008.

- GELLER, B.; ZIMMERMAN, B.; WILLIAMS, M.; DELBELLO, M. P.; BOLHOFNER, K.; CRANEY, J. L.; FRAZIER, J.; BERINGER, L.; NICKELSBURG, M. J. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v.12, n.1, p.11-25, 2002a.
- GIUSTI, J. S.; SANUDO, A.; SCIVOLETTO, S. Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n.2, p.80-82, 2002.
- GOLDMAN, L. S.; GENEL, M.; BEZMAN, R. J.; SLANETZ, P. J. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. **JAMA**, v.279, n.14, p.1100-1107, 1998.
- GOLDSTEIN, B. I.; STROBER, M. A.; BIRMAHER, B.; AXELSON, D. A.; ESPOSITO-SMYTHERS, C.; GOLDSTEIN, T. R.; LEONARD, H.; HUNT, J.; GILL, M. K.; IYENGAR, S.; GRIMM, C.; YANG, M.; RYAN, N. D.; KELLER, M. B. Substance use disorders among adolescents with bipolar spectrum disorders. **Bipolar Disord**, v.10, n.4, p.469-478, 2008.
- HAWKINS, J. D.; FARRINGTON, D.; CATALANO, R. F. Reducing violence through the schools. In: ELLIOTT, D.S.; HAMBURG, B.A.; WILLIAMS, K.R. (Eds.). **Violence in American schools: a new perspective**. New York, NY: Cambridge University Press, 1998. p.188-216.
- HAWKINS, J. D.; OESTERLE, S.; BROWN, E. C.; MONAHAN, K. C.; ABBOTT, R. D.; ARTHUR, M. W.; CATALANO, R. F. Sustained Decreases in Risk Exposure and Youth Problem Behaviors After Installation of the Communities That Care Prevention System in a Randomized Trial. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 2011.
- HEMPHILL, S. A.; KOTEVSKI, A.; HERRENKOHL, T. I.; TOUMBOUROU, J. W.; CARLIN, J. B.; CATALANO, R. F.; PATTON, G. C. Pubertal stage and the prevalence of violence and social/relational aggression. **Pediatrics**, v.126, n.2, p.e298-305, 2010.
- HENRY, D. B.; TOLAN, P. H.; GORMAN-SMITH, D. Longitudinal family and peer group effects on violence and nonviolent delinquency. **J Clin Child Psychol**, v.30, n.2, p.172-186, 2001.
- HERRENKOHL, T. I.; KOSTERMAN, R.; MASON, W. A.; HAWKINS, J. D.; MCCARTY, C. A.; MCCAULEY, E. Effects of childhood conduct problems and family adversity on health, health behaviors, and service use in early adulthood: tests of developmental pathways involving adolescent risk taking and depression. **Dev Psychopathol**, v.22, n.3, p.655-665, 2010.
- HERSH, M. A.; HUSSONG, A. M. The association between observed parental emotion socialization and adolescent self-medication. **J Abnorm Child Psychol**, v.37, n.4, p.493-506, 2009.
- HORNER, B. R.; SCHEIBE, K. E. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.36, n.1, p.30-36, 1997.
- HUIZINGA, D.; LOEBER, R.; THORNBERRY, T. P. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities. **Public Health Rep**, v.108 Suppl 1, p.90-96, 1993.
- IACONO, W. G.; MALONE, S. M.; MCGUE, M. Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: common and specific influences. **Annu Rev Clin Psychol**, v.4, p.325-348, 2008.

- IBGE. **Censo demográfico 2000**: resultados da amostra. Trabalho e rendimento. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2003.
- KANN, L.; KINCHEN, S. A.; WILLIAMS, B. I.; ROSS, J. G.; LOWRY, R.; GRUNBAUM, J. A.; KOLBE, L. J.; STATE AND LOCAL YRBSS COORDINATORS. YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEILLANCE SYSTEM. Youth risk behavior surveillance--United States, 1999. **MMWR CDC Surveill Summ**, v.49, n.5, p.1-32, 2000.
- KESSLER, R. C.; FOSTER, C. L.; SAUNDERS, W. B.; STANG, P. E. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. **Am J Psychiatry**, v.152, n.7, p.1026-1032, 1995.
- KESSLER, R. C.; McGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H. U.; KENDLER, K. S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, v.51, n.1, p.8-19, 1994.
- LAMBERT, S. F.; IALONGO, N. S.; BOYD, R. C.; COOLEY, M. R. Risk factors for community violence exposure in adolescence. **Am J Community Psychol**, v.36, n.1-2, p.29-48, 2005.
- LAST, C. G.; PERRIN, S.; HERSEN, M.; KAZDIN, A. E. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.31, n.6, p.1070-1076, 1992.
- LAUB, J. H.; NAGIN, D. S.; SAMPSON, R. J. Trajectories of change in criminal offending: Good marriages and the desistance process. **Am Soc Rev**, v.63, p.225-238, 1998.
- LEIBENLUFT, E.; RICH, B. A. Pediatric bipolar disorder. **Annu Rev Clin Psychol**, v.4, p.163-187, 2008.
- MANCINI, C.; VAN AMERINGEN, M.; OAKMAN, J. M.; FIGUEIREDO, D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. **Psychol Med**, v.29, n.3, p.515-525, 1999.
- MARMORSTEIN, N.; IACONO, W.; MCGUE, M. Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. **Psychological medicine**, v.39, n. 01, p.149-155, 2009.
- MASON, W. A.; HITCHINGS, J. E.; MCMAHON, R. J.; SPOTH, R. L. A test of three alternative hypotheses regarding the effects of early delinquency on adolescent psychosocial functioning and substance involvement. **J Abnorm Child Psychol**, v.35, n.5, p.831-843, 2007.
- MEICHENBAUM, D. **Understanding Resilience in Children and Adults**: Implications for prevention and interventions. Paper delivered to the Melissa Institute Ninth Annual Conference on Resilience, 2005.
- MULVEY, E. P. **Highlights From Pathways to Desistance**: A Longitudinal Study of Serious Adolescent Offenders. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US Department of Justice, 2011.
- MULVEY, E. P.; STEINBERG, L.; PIQUERO, A. R.; BESANA, M.; FAGAN, J.; SCHUBERT, C.; CAUFFMAN, E. Trajectories of desistance and continuity in antisocial behavior following court adjudication among serious adolescent offenders. **Dev Psychopathol**, v.22, n.2, p.453-475, 2010.
- OSOFSKY, J. D.; THOMPSON, M. D. Adaptive and maladaptive parenting: perspectives on risk and protective factors. In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (Eds.). **Handbook of Early Childhood Intervention**. 2.ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

- PINE, D. S. Pathophysiology of childhood anxiety disorders. **Biol Psychiatry**, v.46, n.11, p.1555-1566, 1999.
- PULAY, A. J.; DAWSON, D. A.; HASIN, D. S.; GOLDSTEIN, R. B.; RUAN, W. J.; PICKERING, R. P.; HUANG, B.; CHOU, S. P.; GRANT, B. F. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **J Clin Psychiatry**, v.69, n.1, p.12-22, 2008.
- REMSCHMIDT, H. Global consensus on ADHD/HKD. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v.14, n.3, p.127-137, 2005.
- ROHDE, L. A.; BIEDERMAN, J.; BUSNELLO, E. A.; ZIMMERMANN, H.; SCHMITZ, M.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.38, n.6, p.716-722, 1999.
- RUTTER, M. Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.28, n.5, p.633-653, 1989.
- SPRINTHALL, N.; COLLINS, W. **Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista**. 3.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.
- STEIN, M. B.; KEAN, Y. M. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. **Am J Psychiatry**, v.157, n.10, p.1606-1613, 2000.
- TEPLIN, L. A.; ABRAM, K. M.; MCCLELLAND, G. M.; DULCAN, M. K.; MERICLE, A. A. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. **Arch Gen Psychiatry**, v.59, n.12, p.1133-1143, 2002.
- TILLMAN, R.; GELLER, B.; KLAGES, T.; CORRIGAN, M.; BOLHOFNER, K.; ZIMMERMAN, B. Psychotic phenomena in 257 young children and adolescents with bipolar I disorder: delusions and hallucinations (benign and pathological). **Bipolar Disord**, v.10, n.1, p.45-55, 2008.
- TOLAN, P. H.; GORMAN-SMITH, D.; HENRY, D. B. The developmental ecology of urban males' youth violence. **Dev Psychol**, v.39, n.2, p.274-291, 2003.
- TRAMONTINA, S.; MARTINS, S.; MICHALOWSKI, M. B.; KETZER, C. R.; EIZIRIK, M.; BIEDERMAN, J.; ROHDE, L. A. School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. **Can J Psychiatry**, v.46, n.10, p.941-947, 2001.
- VAN AMERINGEN, M.; MANCINI, C.; FARVOLDEN, P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. **J Anxiety Disord**, v.17, n.5, p.561-571, 2003.
- VLOET, T. D.; KONRAD, K.; HERPERTZ, S. C.; MATTHIAS, K.; POLIER, G. G.; HERPERTZ-DAHLMANN, B. [Development of antisocial disorders--impact of the autonomic stress system]. **Fortschr Neurol Psychiatr**, v.78, n.3, p.131-138, 2010.
- WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2010: anatomia dos homicídios no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.
- WASSERMAN, G. A.; KEENAN, K.; TREMBLAY, R. E.; COIE, J. D.; HERRENKOHL, T. I.; LOEBER, R.; PETECHUK, D. **Risk and protective factors of child delinquency**. US Dept. of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2003b.
- WELLER, E. B.; WELLER, R. A.; FRISTAD, M. A. Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.34, n.6, p.709-714, 1995.
- WHITAKER, A.; JOHNSON, J.; SHAFFER, D.; RAPOPORT, J. L.; KALIKOW, K.; WALSH, B. T.; DAVIES, M.; BRAIMAN, S.; DOLINSKY, A. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. **Arch Gen Psychiatry**, v.47, n.5, p.487-496, 1990.

WHITTINGER, N. S.; LANGLEY, K.; FOWLER, T. A.; THOMAS, H. V.; THAPAR, A. Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.46, n.2, p.179-187, 2007.

WIDOM, C. S.; MAXFIELD, M. G. A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. **Ann N Y Acad Sci**, v.794, p.224-237, 1996.

WIESNER, M.; KIM, H. K.; CAPALDI, D. M. Developmental trajectories of offending: validation and prediction to young adult alcohol use, drug use, and depressive symptoms. **Dev Psychopathol**, v.17, n.1, p.251-270, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1
ENTREVISTA DIAGNÓSTICA
KIDDIE-SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA
Introdução e informações preliminares
Lista de checagem a serem completadas (rastreamento)
Folha de resumos dos diagnósticos (suplemento)

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

KIDDIE- SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA (K-SADS-PL)

**Versão 1.0
(Outubro de 1996)**

**Versão Brasileira da
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

**Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*
(K-SADS-PL) para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

**KIDDIE-SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA
(K-SADS-PL)**

**Versão 1.0
(Outubro de 1996)**

USO PERMITIDO

Este instrumento tem direitos autorais. Seu emprego é permitido livremente, sem necessidade de permissão, para uso que atenda pelo menos, a uma das seguintes condições:

- Uso clínico em instituição sem fins lucrativos
- Uso em pesquisa com o respectivo projeto aprovado

Todos os outros empregos desse instrumento necessitam permissão, por escrito, do autor principal, Dra. Kaufman, incluindo, entre outras, as seguintes condições:

- Redistribuição do instrumento seja por meio impresso ou eletrônico, seja por qualquer outro meio.
- Uso comercial do instrumento

Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Versão da Kiddie-Sads referente ao momento Presente e ao Longo da Vida (K-SADS-PL)

- Entrevista de Rastreamento -

Nome da criança: _____ N° do prontuário _____

Médico: _____ N° do protocolo de pesquisa _____

Serviço: _____ Psiquiatra: _____

Data da entrevista (dia/ mês/ ano): _____

A K-SADS-PL foi adaptada da K-SADS-P (Versão de Episódio Presente), a qual foi desenvolvida por William Chambers, M.D. e Joaquim Puig-Antich, M.D. e revisada, posteriormente, por Joaquim Puig-Antich, M.D., e Neal Ryan, M.D. A K-SADS-PL foi escrita por Joan Kaufman, Ph.D., Boris Birmaher, M.D., David Brent, M.D., Uma Rao, M.D., e Neal Ryan, M.D.

A K-SADS-PL foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida, incluindo vários transtornos não pesquisados na K-SADS-P. Os autores da K-SADS-PL reconhecem a grande importância de vários outros instrumentos psiquiátricos estruturados e semi-estruturados existentes, para a estruturação deste instrumento, incluindo o KSADS-E (Orvaschel & Puig-Antich), o SADS-L (Spitzer e Endicott), o SCID (Spitzer, Williams, Gibbon, e First), o DIS (Robins e Helzer), o ISC (Kovacs), o DICA (Reich, Shayka e Taibleson), e o DUSI (Tarter, Laird, Bukstein, e Kaminer). Diretrizes para a entrevista introdutória no início desse instrumento foram fornecidas por Michael Rutter, M.D. e Philip Graham, M.D. e modificações para a seção de transtornos de ansiedade foram fornecidas por Cynthia Last, Ph.D. Outros consultores incluem Oscar Bukstein, M.D., Walter Kaye, M.D., David Kolko, Ph.D., Rolf Loeber, Ph.D., William Pelham, Ph.D., David Rosenberg, M.D. e John Walkup, M.D. Os agradecimentos são extensivos a todos os colaboradores, assim como a Denise Carter-Jackson, pela digitação deste instrumento.

Seções Completadas:

Entrevista de Rastreamento: _____

Suplementos: N°1 _____ N°2 _____ N°3 _____ N°4 _____ N°5 _____

SUMÁRIO

Introdução	5
Informações Preliminares	10
Enurese	16
Encoprese	18
Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade	20
Transtorno de Oposição Desafiante	22
Transtorno de Conduta	24
Transtorno do Pânico	26
Transtorno de Ansiedade de Separação	27
Transtorno de Evitação/ Fobia Social	29
Agorafobias/ Fobias Específicas	32
Transtorno de Ansiedade Generalizada/ Ansiedade Excessiva	33
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	35
Transtornos do Tique	37
Transtornos Depressivos	38
Mania	44
Psicoses	46
Transtorno do Estresse Pós-Traumático	48
Anorexia Nervosa	56
Bulimia Nervosa	57
Uso de Cigarro	59
Uso / Abuso de Álcool	60
Uso / Abuso de Substâncias	62
Lista de Drogas	64
Escala de Avaliação Global da Criança (CGAS) ¹	65
Lista de Checagem dos Suplementos a Screen Completados	67

¹ Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H e Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40: 1228-1231. O CGAS foi adaptado do *Global Assessment Scale for Adults* (Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H, Aluwahlia, S).

**Versão brasileira da Kiddie-SADS referente ao momento Presente e ao Longo da Vida (K-SADS-PL)
- 6-18 anos -**

A K-SADS-PL é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada projetada para avaliar episódios de psicopatologia, no momento atual e no passado, em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-III-R e DSM-IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. Os diagnósticos principais avaliados pela K-SADS-PL são: Depressão Maior, Distímia, Mania, Hipomania, Ciclotímia, Transtornos Bipolares, Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Psicose Reativa Breve, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação na Infância e Adolescência, Fobia Simples, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada/de Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Enurese, Encoprese, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno Transitório de Tique, Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Vocal ou Motor Crônico, Abuso de Alcool, Abuso de Substância, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtornos de Ajustamento.

A K-SADS-PL é uma entrevista semi-estruturada. As perguntas incluídas no instrumento *não* têm que ser formuladas tal como redigidas. Antes de tudo, elas são fornecidas para ilustrar maneiras de obter as informações necessárias para pontuar cada item. O entrevistador deve sentir-se livre para adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança e usar a linguagem fornecida pelos pais ou criança, quando interrogados sobre sintomas específicos.

A K-SADS-PL é administrada entrevistando-se um dos pais(ou os dois), a criança e, finalmente, chegando a uma pontuação conclusiva, que inclua todas as fontes de informações (pais, crianças, escola, prontuário e outras). Quando administrado a pré-adolescentes entrevista primeiro os pais. Com adolescentes, inicie com eles. Quando houver discordância entre diferentes fontes de informações, o avaliador deverá usar seu melhor julgamento clínico. Informações discrepantes entre pais e crianças costumam ocorrer em relação a aspectos subjetivos como culpa, sentimento de desesperança, interrupção do sono, alucinações e ideação suicida. Em geral, os pais desconhecem certos sintomas e é a criança quem tem certeza da presença ou ausência deles. Se as discordâncias se relacionam a comportamentos observáveis (p.ex., matar aula, pôr fogo em coisas, apresentar rituais compulsivos), o examinador deve interrogar pais e criança sobre as informações discordantes. Se não for suficiente, é útil reunir pais e criança para discutir as razões da discordância. No final, o entrevistador é quem atribui as pontuações conclusivas segundo seu melhor julgamento clínico.

As seguintes diretrizes devem ser usadas na codificação dos sintomas:

1. *Diagnóstico atual:* Na pontuação do episódio atual (EA) dos transtornos, os sintomas devem ser pontuados em relação ao período de tempo em que, durante o episódio, eles foram mais graves. *Anote nas margens se e quando um determinado sintoma (p. ex., insônia) melhorou ou foi solucionado.*
2. *Transtornos tratados com medicamentos:* Na pontuação de transtornos tratados com medicamentos (p. ex., TDAH) use as pontuações para descrever a gravidade dos sintomas na sua maior intensidade anterior ao uso da medicação ou durante recesso da droga. *Anote nas margens os sintomas nos quais a medicação efetivamente atuou.*

3. *Diagnóstico do Passado:* Para um episódio ser considerado “Passado” ou “Solucionado”, a criança deve ter ficado no mínimo dois meses sem os sintomas associados ao transtorno. Episódios pontuados na seção de transtornos no passado devem representar o episódio de maior gravidade ocorrido no passado (EMGP) do determinado transtorno.
4. *Linha do Tempo:* Para crianças com história de transtornos episódicos ou recorrentes, é recomendado estabelecer uma linha de tempo para registrar o curso temporal do transtorno e facilitar a pontuação dos sintomas associados a cada episódio da doença.

No processo de fechamento da entrevista, um diagnóstico inicialmente considerado ser do “passado” pode revelar-se um diagnóstico atual em remissão parcial. Retificações na codificação da gravidade das pontuações atual e passada podem ser feitas após o término da entrevista.

A administração da K-SADS-PL requer a aplicação de 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada; 2) uma Entrevista de Rastreamento para Diagnóstico; 3) a Lista de Checagem dos Suplementos a serem Completados; 4) os Suplementos Diagnósticos adequados; 5) a Folha de Resumo dos Diagnósticos, 6) a pontuação da Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS). De início, a K-SADS-PL é completada com cada informante separadamente e, após a síntese de todos os dados e o esclarecimento de informações discrepantes entre os informantes, são preenchidas as Folhas de Resumo dos Diagnósticos e a pontuação do CGAS. Se não houver nenhuma indicação de psicopatologia atual ou no passado, nenhuma investigação além da entrevista de rastreamento será necessária. Cada uma das fases da entrevista da K-SADS-PL é discutida brevemente abaixo.

A Entrevista Introdutória Não Estruturada. Esta seção da K-SADS-PL leva aproximadamente 10 a 15 minutos para ser completada. Nesta seção, dados demográficos, de saúde, queixas atuais e dados de tratamento psiquiátrico anterior são obtidos junto com informações sobre o funcionamento escolar da criança, *hobbies* e o relacionamento com a família e com os pares. O exame desses últimos tópicos é extremamente importante, porque ele oferece um contexto para avaliação dos sintomas referentes ao humor (depressão e irritabilidade), e obtém informação para avaliar a limitação funcional. Esta seção da K-SADS-PL deve ser usada para favorecer uma boa relação na conversa com os pais, com a criança e *nunca* deve ser omitida. A folha de registro das informações obtidas durante a entrevista introdutória encontra-se na página 67. Diretrizes detalhadas para conduzir esta entrevista estão nas páginas 8-9.

A Entrevista de Rastreamento Diagnóstico. A entrevista de rastreamento pesquisa os sintomas principais dos diferentes diagnósticos avaliados na K-SADS-PL. Perguntas específicas e critérios para pontuação são fornecidos para avaliar cada sintoma. *O avaliador não é obrigado a dizer as perguntas tal como escritas, ou usar todas as perguntas fornecidas, mas somente tantas quanto forem necessárias para pontuar cada item.* As perguntas devem ser tão neutras quanto possível e perguntas com indução de respostas devem ser evitadas (p.ex. “Você não se sente triste, não é?”).

Os sintomas pontuados na entrevista de rastreamento são pesquisados, simultaneamente, para episódio *atual* (EA) e episódio de *maior gravidade no passado* (EMGP). Comece perguntando se a criança *alguma vez* teve o sintoma. Se a resposta é não, pontue o sintoma como negativo para episódio atual e no passado e vá para a próxima questão. Se a resposta é sim, procure saber quando o sintoma esteve presente. Se o sintoma é confirmado para um determinado período de tempo (p.ex., atualmente), pergunte se alguma vez ele esteve presente em algum outro momento (p.ex., no passado).

NOTA DOS TRADUTORES: Na entrevista de rastreamento e nos suplementos, **P** corresponde à pontuação baseada na informação dos Pais; **C** corresponde à pontuação baseada na informação da Criança; **R** corresponde à pontuação conclusiva baseada no resumo de todas as informações obtidas pelo entrevistador.

Os diagnósticos avaliados com a entrevista de rastreamento não têm que ser pesquisados na ordem apresentada. O entrevistador pode começar perguntando acerca dos diagnósticos relevantes sugeridos pela

informação da queixa apresentada obtida durante a entrevista não estruturada. Todas as seções da Entrevista de Rastreamento devem ser completadas. Muitos entrevistadores acham mais fácil seguir a sequência do instrumento do começo ao fim.

Após os sintomas principais associados a cada diagnóstico serem pesquisados, critérios de avanço (*skip out criteria*) são fornecidos para os episódios do transtorno no momento atual e no passado. Um espaço é destinado para indicar se a criança atende os critérios de avanço, ou se a criança tem manifestações clínicas dos sintomas principais associados com diagnósticos específicos. Se a criança não atende critérios de avanço para alguns diagnósticos, os suplementos adequados devem ser administrados após a Entrevista de Rastreamento ser completada.

Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados. A Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados está na última página dessa Entrevista de Rastreamento. Ela deve ser destacada antes de se começar a entrevista. Os suplementos que necessitam ser completados devem ser assinalados nos espaços correspondentes e as datas de um possível episódio do transtorno no momento atual ou no passado devem ser registradas.

Suplementos Diagnósticos. A K-SADS-PL tem cinco suplementos diagnósticos:

- Suplemento N° 1: Transtornos Afetivos
- Suplemento N° 2: Transtornos Psicóticos
- Suplemento N° 3: Transtornos de Ansiedade
- Suplemento N° 4: Transtornos do Comportamento
- Suplemento N° 5: Abuso de Substância e Outros Transtornos

Os diagnósticos pesquisados em cada um desses suplementos estão incluídos na Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados e no Sumário de cada suplemento. O critério de avanço na Entrevista de Rastreamento determina quais os suplementos que devem ser completados. Cada suplemento tem uma lista de sintomas, perguntas e critérios para avaliar o episódio atual (EA) e o episódio de maior gravidade no passado (EMGP) dos transtornos. São fornecidos os critérios necessários para se fazer diagnósticos pelo DSM-III-R e DSM-IV.

Os suplementos devem ser administrados na ordem em que os sintomas dos diferentes diagnósticos apareceram. Por exemplo, se a criança tinha evidência de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) começando na idade de 5 anos, e um possível Transtorno de Depressão Maior (TDM) começando aos nove anos, o suplemento de TDAH deve ser completado antes do suplemento para TDM. Se a criança tinha uma história de dificuldade de atenção associada com TDAH, ao perguntar sobre dificuldades de concentração para avaliar TDM é importante descobrir se o início dos sintomas depressivos esteve associado com uma piora da dificuldade de concentração pré-existente. Se não houve mudança nos problemas de atenção com o início dos sintomas depressivos, o sintoma de dificuldade de concentração não deve ser pontuado positivamente no suplemento de TDM.

Quando o curso temporal dos transtornos se superpõe, os suplementos dos transtornos que podem influenciar o curso de outros transtornos devem ser completados primeiro. Por exemplo, se há evidência de uso de substância e uma possível Mania, o suplemento de abuso de substância deve ser completado primeiro, e deve ser tomado cuidado para avaliar a relação entre o uso de substância e os sintomas de Mania.

Folha de Resumo dos Diagnósticos. As informações dessa folha de resumo baseiam-se no conjunto dos dados obtidos a partir de todas as fontes. A Folha de Resumo permite registrar as seguintes informações para cada diagnóstico: presença ou ausência de episódio no passado ou atual; idade de início do primeiro episódio; idade de início do episódio atual; número total de episódios e soma do tempo de duração de todos os episódios. Informações referentes a tratamentos também são registradas na Folha de Resumo.

Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS). A pontuação do CGAS é realizada para estimar o nível de funcionamento geral das crianças no momento atual. Para crianças sem nenhuma história de problemas psiquiátricos em sua vida só a pontuação do CGAS referente ao momento atual é registrada. Para crianças com história de problemas psiquiátricos no momento atual ou no passado, duas pontuações do CGAS são registradas: (1) para criança com episódio atual, além da pontuação do CGAS no momento atual, também deve ser registrada uma pontuação do CGAS referente ao passado que estime o mais alto nível de funcionamento prévio da criança; (2) para criança com história anterior de problemas psiquiátricos, além da pontuação do CGAS no momento atual, também deve ser registrada a pontuação do CGAS no passado que estime o nível de funcionamento prévio da criança durante o episódio mais grave da doença.

Pontuação. A maioria dos itens na K-SADS-PL é avaliada usando uma escala de pontuação de 0–3. Pontuação 0 indica que nenhuma informação está disponível; pontuação 1 sugere que o sintoma está ausente; pontuação 2 indica nível de sintomatologia abaixo do limiar clínico; e pontuação 3 representa critério no limiar. Os itens restantes são pontuados numa escala de 0–2 na qual 0 representa nenhuma informação; 1 indica que o sintoma está ausente e 2 indica que o sintoma está presente. *Embora manifestações de sintomas abaixo do limiar não sejam suficientes para o diagnóstico de transtornos, em certos casos deve ser realizada uma investigação posterior mais aprofundada. Pontuação de sintomas psicóticos abaixo do limiar ou "clusters" de sintomas associados com um dado diagnóstico devem chamar a atenção do médico ou supervisor de pesquisa.*

Diretrizes para a Condução da Entrevista Introdutória Não Estruturada: Pacientes

A entrevista não-estruturada deve levar de 10 a 15 minutos para ser aplicada. O objetivo da entrevista é estabelecer um *rapport*, obter informações sobre as queixas atuais, problemas psiquiátricos anteriores e o funcionamento global da criança. Usar alguns minutos iniciando a conversa com aspectos gerais é útil para deixar pais e crianças mais à vontade.

A entrevista se inicia com questões sobre aspectos sociodemográficos básicos. A maioria das pessoas se sente mais à vontade para falar sobre esses aspectos, e as informações ajudam o entrevistador a conhecer as circunstâncias de vida da criança. Dados da história do desenvolvimento e de saúde também devem ser obtidos, pois estas informações podem ser úteis para se fazer algum diagnóstico diferencial. Exemplos de perguntas para investigar as queixas atuais são delineadas abaixo:

Eu gostaria de conversar com você sobre o motivo que o trouxe aqui, pois só assim eu posso pensar em como ajudá-lo.
O que seus pais lhe disseram para trazê-lo aqui?
Para você, isso é um problema?
O que isso lhe causa? Isso te aborrece?
O que aconteceu, mais recentemente, para seus pais trazerem você aqui?
Tem alguma coisa acontecendo com você que te está incomodando ou atrapalhando?
Qual o principal motivo para você ter vindo?
Quando você notou que estas coisas estavam acontecendo com você?

Se a criança fala pouco – Você pode me falar um pouco mais sobre isso?
Se é difícil compreender o que ela diz – Você pode explicar o que você quer dizer com isto?
Se a criança é vaga (lacônica) – Você pode me dar um exemplo de?
Você tem algum outro problema?

9

Ao conversar sobre início e curso dos sintomas, muitas crianças são incapazes de fornecer dados confiáveis acerca da época dos sintomas. Isso é normal do ponto de vista do desenvolvimento da criança. Se a criança não oferece tais dados na primeira vez, provavelmente ela não será capaz de fazê-lo de modo algum.

Ao entrevistar os pais modifique as perguntas feitas à criança.

Na entrevista introdutória e ao longo da K-SADS-PL os entrevistadores devem adequar-se à linguagem usada pela criança e/ou pelos pais quando perguntar sobre sintomas, empregando termos regionais ou expressões usuais à família.

Após investigar o motivo da consulta, obtenha informações sobre tratamentos anteriores. Depois pergunte sobre a adaptação escolar e o relacionamento social.

Ao entrevistar crianças não é necessário, e geralmente não é produtivo, tentar completar toda a entrevista introdutória. Recapitule dados sociodemográficos (p.ex. idade, série escolar, constituição familiar, nome dos irmãos e idades), motivo da consulta (com menos detalhes do que com os pais) e informações sobre família, adaptação escolar e relacionamento com crianças da mesma idade.

A conversa sobre esses últimos tópicos é extremamente *importante* porque ela favorece um contexto para se obter da criança informações sobre sintomas do humor (depressão e irritabilidade) e obter informações preliminares para avaliar a limitação funcional.

Entrevista Introdutória Não Estruturada: Não Pacientes

Quando avaliar crianças que não são pacientes psiquiátricos, as perguntas sobre o motivo do encaminhamento devem ser omitidas na entrevista introdutória. No entanto, a abordagem para a entrevista introdutória é a mesma a ser seguida. A Folha de Registro da Entrevista Introdutória delinea os tópicos que devem ser pesquisados durante esta parte da avaliação.

LISTA DE CHECAGEM DOS SUPLEMENTOS A SEREM COMPLETADOS

ORIENTAÇÕES: Marque as seções a serem completadas em cada suplemento.

Registre datas e/ou idades de início de cada um dos possíveis transtornos no passado ou no momento atual.

SUPLEMENTO Nº 1: TRANSTORNOS AFETIVOS

- ☐ Transtornos Depressivos – Atual
- ☐ Transtornos Depressivos – Passado
- ☐ Mania – Atual
- ☐ Mania – Passado

SUPLEMENTO Nº 2: TRANSTORNOS PSICÓTICOS

- ☐ Psicoses – Atual
- ☐ Psicoses – Passado

SUPLEMENTO Nº 3: TRANSTORNO DE ANSIEDADE

- ☐ Transtorno de Pânico – Atual
- ☐ Transtorno de Pânico – Passado
- ☐ Transtorno de Ansiedade de Separação - Atual
- ☐ Transtorno de Ansiedade de Separação – Passado
- ☐ Transtornos Fóbicos – Atual
- ☐ Transtornos Fóbicos – Passado
- ☐ Agorafobia - Atual
- ☐ Agorafobia - Passado
- ☐ Transtorno de Ansiedade Generalizada / Excesso de Ansiedade - Atual
- ☐ Transtorno de Ansiedade Generalizada/ Excesso de Ansiedade – Passado
- ☐ Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Atual
- ☐ Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Passado
- ☐ PTSD – Atual (na seção da entrevista de rastreamento)
- ☐ PTSD – Passado (na seção da entrevista de rastreamento)

SUPLEMENTO Nº 4: TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO

- ☐ Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade - Atual
- ☐ Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade - Passado
- ☐ Transtorno de Oposição Desafiante - Atual
- ☐ Transtorno de Oposição Desafiante - Passado
- ☐ Transtorno de Conduta - Atual
- ☐ Transtorno de Conduta - Passado

SUPLEMENTO Nº 5: ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS

- ☐ Abuso de Álcool - Atual
- ☐ Abuso de Álcool - Passado
- ☐ Abuso de Substância – Atual
- ☐ Abuso de Substância - Passado
- ☐ Bulimia - Atual
- ☐ Bulimia - Passado
- ☐ Anorexia Nervosa – Atual
- ☐ Anorexia Nervosa - Passado
- ☐ Transtornos de Tique - Atual
- ☐ Transtornos de Tique – Passado

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA - SUPLEMENTOS -

VERSÃO DA KIDDIE-SADS REFERENTE AO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA (K-SADS-PL)

**Versão 1.0
(Outubro de 1996)**

**Versão Brasileira da
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

FOLHA DE RESUMO DOS DIAGNÓSTICOS

(a ser preenchida após o uso dos suplementos)

Nome: _____

Nº do Prontuário: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

0 = Nenhuma informação
 1 = Ausente
 2 = Provável
 3 = Remissão Parcial
 4 = Presente

Crítérios para Diagnóstico Provável

1. Atende critério para os sintomas essenciais do transtorno
2. Atende todos menos um ou, no mínimo, 75% dos critérios restantes necessários para o diagnóstico, e
3. Evidência de limitação funcional

	Diagnóstico do episódio anterior					Idade no início do primeiro episódio	Diagnóstico do episódio atual					Idade no início do episódio atual	Soma do tempo de duração de todos os episódios (em meses)	Nº total de episódios
Transtorno Depressivo Maior*	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Traços Psicóticos	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Distímia	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno Depressivo SOE	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Humor Depressivo	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Mania	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Hipomania	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Ciclotímia	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Bipolar SOE	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Bipolar I	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Bipolar II	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. Esquizoafetivo – Maníaco	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. Esquizoafetivo – Depressivo	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Esquizofrenia	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. Esquizofreniforme	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Psicose Reativa Breve	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Pânico	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade de Separação	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Evitação da Infância	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Fobia Simples	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Fobia Social	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Agorafobia	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade Excessiva	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade Generalizada	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. de Estresse Pós-Traumático	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Estresse Agudo	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Humor Ansioso	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Enurese	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Encoprese	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Anorexia Nervosa	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Bulimia Nervosa	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. do Déficit de Atenção/ Hiperatividade*	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Conduta*	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
Transtorno de Oposição Desafiante	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Perturbação de Conduta	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____

K-SADS PL, versão 1.0, outubro de 1996

K-SADS-PL, versão brasileira autorizada pelos autores do instrumento original

1996, Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan; Todos os direitos reservados
Junho de 2003, Brasil, HHA & Bordin, LAS

ANEXO 2
REGISTRO DA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ) - BANPESQ

**REGISTRO DA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ) - BANPESQ**

Nome do projeto: Avaliação de Transtornos Psiquiátricos e de Funções executivas em adolescentes em conflito com a lei.

Nome do Pesquisador: Gustavo Manoel Schier Dória.

CPF.: 470136139-91

Endereço: Prefeito Ângelo Lopes, 1045 - Alto da XV

CEP: 80040-240 - Curitiba – Paraná

Telefones: 41* 3263-3877 res. - 9631-9644 – 3253-0022 com.

Orientador: Dr. Sérgio Antonio Antoniuk

Co- Orientador: Dr.. Francisco de Assunção Junior

Nº registro no BANPESQ.: 2007022196

ANEXO 3
CARTA DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DE
PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS (HC-UFPR)



Curitiba, 22 de janeiro de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)
Dr. Gustavo Manoel Schier Dória
Secretaria de Estado da Criança e Juventude

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM LEI", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 27 de novembro de 2007. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0265.0.208.000-07
Registro CEP: 241.ext.042/2007-11

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 22 de julho de 2008.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato", followed by a horizontal line and a large, sweeping flourish.

Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

ANEXO 4
APOIO DO JUDICIÁRIO À PESQUISA



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ
COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA
VARA DE ADOLESCENTES INFRATORES


DECLARAÇÃO

DECLARO, para a finalidade de realização da pesquisa científica **AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**, a ser efetivada pelo Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, a qual conta com o apoio do Poder Judiciário do Estado do Paraná, através da Vara de Adolescentes Infratores de Curitiba, ficando este órgão responsável pela disponibilização de salas para atendimento dos adolescentes em conflito com a lei que serão entrevistados pelo pesquisador e sua equipe, bem como providenciará o encaminhamento deles para referidas salas.

Declaro, outrossim, que a pesquisa será realizada no Centro Integrado de Adolescentes Infratores, local onde os adolescentes ficam contidos enquanto respondem ao processo judicial, que conta com a infra-estrutura necessária para realização da pesquisa, a qual terá grande contribuição na formulação de políticas públicas voltadas para a população de adolescentes em conflito com a lei, portadores de transtornos mentais.

Por ser verdade, firmo o presente.

Curitiba, 08 de novembro de 2007.


MARIA ROSELI GUIESSMANN
JUÍZA DE DIREITO